

**Опухоль
Панкоста или опухоль
верхней борозды
лёгкого** (это название чаще
употребляется в
англоязычной
литературе) — рак первого
(верхушечного) сегмента
лёгкого с синдромом
Панкоста.



- Растущая опухоль может сдавливать или прорастать плечеголовную вену (лат. *v. brachiocephalica*), подключичную артерию (лат. *a. subclavicularis*), диафрагмальный нерв (лат. *n. phrenicus*), возвратный гортанный нерв (лат. *n. laryngeus recurrens*), блуждающий нерв (лат. *n. vagus*); типично сдавление или прорастание звездчатого ганглия (лат. *ganglium cervicotoracicum s. stellatum*), что обуславливает симптоматику синдрома Горнера.

□ Причины

- В целом причины рака Панкоста совпадают с теми, которые влияют на частоту возникновения рака легких в целом. Как и в других случаях, в 80-85% ведущую роль в этиопатогенезе рака Панкоста играет курение. Важнейшими факторами при этом выступают стаж курения, суточная «норма» выкуриваемых сигарет и качество табака. Пассивное курение – регулярное вдыхание табачного дыма людьми, окружающими курильщика, столь же опасно, как и активное: в этом случае риск заболевания раком легкого повышается в 1,5–2 раза.

- Свою лепту в статистику заболеваемости вносят вредные производственные и экологические факторы. В первую очередь, это контакт с асбестом, мышьяком, никелем, хромом, тяжелыми металлами, инсектицидами, пестицидами, аэрополлютантами. В возникновении рака Панкоста немаловажная роль принадлежит хроническим воспалительным и дистрофическим процессам в легких: ранее перенесенному туберкулезу, хронической пневмонии, бронхоэктатической болезни, очаговому пневмосклерозу и др. Доказана наследственная предрасположенность к возникновению рака легких; вероятна роль вирусов в запуске процессов канцерогенеза.

- Патогномоничная симптоматика рака Панкоста обусловлена верхушечной локализацией опухоли, деструкцией верхней апертуры грудной клетки, опухолевой инфильтрацией плечевого сплетения и звездчатого ганглия. Клиническая картина складывается из одноименного синдрома Панкоста и синдрома Горнера. Иногда оба симптомокомплекса развиваются одновременно, в некоторых случаях встречаются по отдельности.

- Синдром Панкоста обусловлен прорастанием нервных корешков на уровне позвонков С8, Th1-Th2. Для него типична изнуряющая ноющая боль в плече на стороне опухоли, распространяющаяся по ходу локтевого нерва; слабость в мышцах руки, парестезии и онемение пальцев кисти, иногда – атрофия мышц конечности. Зачастую, чтобы ослабить боль в плече, пациент вынужден поддерживать больную руку за локоть. Боль может отдавать под лопатку, в подмышечную область, в грудную клетку. При прорастании или компрессии возвратного гортанного нерва возникает грубый сухой кашель и охриплость голоса. Рак Панкоста часто сопровождается развитием синдрома верхней полой вены.

□ Синдром Горнера развивается у больных раком Панкоста в случае вовлечения в патологический процесс симпатических волокон от уровня верхнего шейного ганглия до сегмента Th1.



Симптомокомплекс характеризуется опущением (птозом) верхнего века, сужением зрачка (миозом), западением глазного яблока (энофтальмом), прекращением потоотделения (ангидрозом) на пораженной стороне лица и верхней конечности. В позднем периоде в надключичной ямке пальпируется опухолевый конгломерат.

- Специфические признаки рака Панкоста протекают на фоне раковой интоксикации (недомогания, похудания, лихорадки) и паранеопластических расстройств. Для верхушечного рака легкого характерна склонность к деструктивному росту и раннему метастазированию в средостение, головной мозг, печень, кости. Рак Панкоста необходимо дифференцировать с другими патологическими процессами, сопровождающимися данным синдромом: метастатическим раком легкого, лимфогранулематозом, мезотелиомой плевры, эхинококковой кистой легкого, опухолями средостения и грудной стенки, туберкулезом.

□ Диагностика

- С жалобами на болевые ощущения в руке пациенты часто обращаются к неврологу, однако после исключения неврологической патологии перенаправляются для дальнейшего обследования к пульмонологу, торакальному хирургу или онкологу.
- Рентгенография легких помогает выявить затемнение в области верхней борозды, утолщение плевры на вершущке легкого; часто обнаруживается деструкция I-III ребер, нижних шейных и верхних грудных позвонков. С помощью КТ или МРТ легких определяется степень инвазии опухоли в сосуды, лимфоузлы, ребра, позвонки, ткани грудной стенки. Эти сведения крайне важны для прогнозирования операбельности при раке Панкоста. Для оценки вовлеченности кровеносных сосудов возможно проведение артерио- или флебографии, либо контрастной компьютерной томографии.
- Дополнительные сведения о распространенности злокачественного процесса помогает получить бронхоскопия. Гистологическая верификация диагноза осуществляется после выполнения трансторакальной тонкоигольной пункционной биопсии опухоли или открытой биопсии лимфатических узлов. С целью исключения метастазов рака легкого может назначаться медиастиноскопия, МРТ головного мозга, УЗИ печени, сцинтиграфия костей.

- Лечение опухоли Панкоста может отличаться от лечения других типов немелкоклеточного рака лёгких. Её локализация и положение, близкое к жизненно важным структурам (спинному мозгу и нервным сплетениям) затрудняет проведение хирургического лечения. В связи с этим, тактика лечения определяется стадией рака. Лечение включает в себя лучевую и химиотерапию с приоритетом хирургическому лечению (неoadьювантная терапия). Хирургическое вмешательство предполагает удаление лёгкого (пульмонэктомию) с вовлечёнными в злокачественный процесс структурами (подключичными артерией и веной, ветвями плечевого сплетения, рёбрами и телами позвонков), а также медиастинальную лимфаденэктомию (удаление лимфатических сосудов и узлов, находящихся в средостении). Доступ к опухоли осуществляется с помощью торакотомии со спины (по Паульсону) (Paulson) или со стороны грудины (по Дартвеллю (Dartevelle) или его модификациям).