

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии

Реферат на тему:

«Рак лёгкого»

Выполнила: студентка 5 курса
1 группы педиатрического факультета

Корж Диана Александровна
Проверил: доцент кафедры, к.м.н.

Ненарокомов Александр Юрьевич

Волгоград 2022 г.

Содержание:

Введение.....	3
Глава 1. Рак легкого	
1. Эпидемиология, этиология, клинические проявления рака легкого.....	4
2. Диагностика и лечение рака легких.....	7
3. Факторы, влияющие на заболевание раком легкого.....	11
4. Профилактика рака легкого.....	13
Заключение.....	
Список литературы.....	

Введение

Актуальность темы. Рак легкого является одной из самых распространенных злокачественных опухолей.

Рак легких является одной из главных причин смертности на земле. В среднем на 100 зарегистрированных случаев этого заболевания 72 человека умирают в течение первого года после постановки диагноза. По статистике каждый 14-й человек сталкивался или столкнется с этим заболеванием в своей жизни. Раком легких чаще всего страдают пожилые люди. Примерно 70% всех случаев обнаружения рака наблюдается у людей старше 65 лет. Люди моложе 45 лет редко страдают данным заболеванием, их доля в общей массе больных раком составляет всего 3%.

Для объяснения такого роста заболеваемости раком легкого предложены различные концепции. Предрасполагающие факторы изучены весьма подробно. Основное внимание уделяется двум факторам, большое значение которых считается общепризнанным.

Первый фактор - это усиление загрязнения атмосферного воздуха, которое во всех промышленно развитых странах за последние десятилетия стало больше вследствие увеличения выброса продуктов неполного сгорания угля, топливных масел, бензина, различных газов и пыли, образующейся например, при трении автомобильных шин о битумное покрытие дорог.

Второй важный фактор - увеличение потребления табака. Среди городского населения и особенно у жителей крупных и задымленных городов рак легкого наблюдается чаще, чем среди жителей сельских местностей. Мужчины, главным образом в возрасте старше 40 лет, заболевают гораздо чаще женщин. Больше половины больных раком легкого составляют много курящие люди.

Глава 1. Рак легкого

1.1 Эпидемиология, этиология, клинические проявления рака легкого рак легкое онкологический клинический

Рак лёгкого - собирательное понятие, включающее различные по происхождению, гистологической структуре, клиническому течению и результатам лечения злокачественные эпителиальные опухоли. Эти новообразования развиваются из покровного эпителия слизистой оболочки бронхов, желёз бронхиол и лёгочных альвеол. К отличительным признакам рака лёгкого относят многообразие клинических форм, склонность к раннему рецидиву, лимфо генному и гематогенному метастазированию.

Эпидемиология

Рак лёгкого - наиболее распространённое злокачественное новообразование. С начала XX века заболеваемость населения выросла на несколько десятков раз. Особенно выражен её рост в индустриально развитых странах, где в структуре онкологической заболеваемости рак лёгкого занимает первое место. Более чем в 20 странах рак лёгкого служит одной из главных причин смертности от злокачественных новообразований у мужчин. Рост заболеваемости данным злокачественным новообразованием свидетельствует об увеличении вредного воздействия современной индустрии на организм человека, что особенно заметно в странах Европы и Северной У мужчин рак лёгкого развивается в 8,7 раза чаще, чем у женщин.

Этиология

Развитие рака лёгкого связано с факторами окружающей среды, условиями производства, вредными привычками и индивидуальным стилем жизни. Канцерогенное действие на лёгочную ткань оказывают многие химические вещества: полициклические ароматические углеводороды, входящие в состав продуктов термической обработки угля и нефти (смолы, коксы, газы и другие вещества), некоторые простые органические вещества (хлорметилловые эфиры, винилхлорид и другие), металлы и их соединения (мышьяк, хром, кадмий).

Среди факторов риска развития рака легкого необходимо отметить генетический аспект (три и более случаев развития рака лёгкого в семье), а также экзогенные (курение, загрязнение окружающей среды) и эндогенные факторы (возраст старше 50 лет, хронические лёгочные и эндокринные заболевания)

Рак чаще возникает в правом лёгком (56%), преимущественно в верхней доле.

Клинические проявления

С клинической точки зрения рак лёгкого различают по темпу роста и прогнозу. Медленнее всего прогрессирует дифференцированный плоскоклеточный или железистый рак, быстрее - недифференцированный рак (мелкоклеточный, крупноклеточный). Недифференцированные формы заболевания характеризуются бурным развитием, быстрым и обильным лимфо генным, а также ранним гематогенным метастазированием.

У мужчин чаще отмечают плоскоклеточный рак (в 68% случаев), редко - аденокарциному (9%). У женщин аденокарцинома возникает в 4 раза чаще (до 40% случаев). При центральном раке лёгкого в большинстве случаев обнаруживают плоскоклеточную и недифференцированную формы, а аденокарциному в 4 раза чаще отмечают при периферическом раке. У лиц в возрасте моложе 40 лет чаще диагностируют недифференцированный рак. Рак лёгкого метастазирует по лимфатическим путям и гематогенно. Лимфогенное метастазирование во внутригрудные лимфатические узлы происходит по путям лимфо оттока.

Гематогенные метастазы рака лёгкого локализуются чаще в печени, головном мозге, костях и надпочечниках. Быстрое и массивное метастазирование особенно характерно для мелкоклеточного рака легкого и малодифференцированной аденокарциномы.

Клиническая картина болезни зависит от клинико-анатомической формы и гистологической структуры опухоли, локализации, размеров и типа роста патологического образования, характера метастазирования, сопутствующих воспалительных изменений в бронхах и лёгочной ткани.

Для мелкоклеточного рака лёгкого характерны быстрое развитие, раннее интенсивное лимфогенное и гематогенное метастазирование и плохой прогноз.

Симптоматика

Центральный рак.

Симптомы центрального рака лёгкого по патогенетическому механизму можно разделить на три группы.

- Первичные (местные), обусловленные развитием в просвете бронха первичного опухолевого узла (кашель, кровохарканье, одышка и боли в грудной клетке), как правило, возникают рано.

- Вторичные признаки, которые развиваются в результате сопутствующих бронхо генному раку воспалительных осложнений либо обусловлены регионарным или отдалённым метастазированием, а также во влечением соседних органов, обычно бывают более поздними и появляются при относительно распространённом опухолевом процессе.

- Общие (слабость, повышенная утомляемость, похудание, снижение трудоспособности и другие симптомы) признаки бывают следствием влияния на организм опухоли и сопутствующих воспалительных осложнений.

Характер симптомов, время их проявления и степень выраженности зависят от исходной локализации опухоли, формы её роста (эндобронхиальный или перибронхиальный) и распространённости патологического процесса. Чем крупнее поражённый бронх, особенно при экзофитном (эндобронхиальном) росте опухоли, тем ярче бывают начальные симптомы болезни и тяжелее осложнения, обусловлены естенозом бронха(ов).

Наиболее характерной чертой центрального рака лёгкого служат признаки обтурационного пневмонита, который протекает быстротечно, рецидивирует, а также развивается на фоне сегментарного или долевого ателектаза со специфической рентгенологической симптоматикой. У мужчин в возрасте

старше 50 лет, особенно курящих, появление рецидивирующего пневмонита подозрительно в отношении рака лёгкого.

Кровохарканье, возникающее у 50% больных, проявляется в виде прожилок крови алого цвета в мокроте (реже мокрота диффузно окрашена кровью).

Мокрота в виде «малинового» желе характерна для поздних стадий болезни.

Боли в грудной клетке различной интенсивности на стороне поражения беспокоят 60% больных, хотя у 10% пациентов боли могут возникать с противоположной стороны.

Кашель, который возникает рефлекторно на ранних этапах болезни, появляется у 80-90% больных. Вначале кашель сухой, временами надсадный. При прогрессировании болезни (с нарастанием обтурации бронха) кашель, первоначально имеющий сухой и временами надсадный характер, начинает сопровождаться выделением слизистой или слизисто-гноной мокроты.

Интенсивность одышки, беспокоящей 30-40% больных, напрямую связана с размером просвета поражённого бронха. Она нередко обусловлена с давлением крупных вен и артерий лёгкого, сосудов средостения, плевральным выпотом, т.е. гемодинамическими причинами.

Периферический рак.

Эта форма рака лёгкого долгое время прогрессирует без клинических симптомов, и, как правило, болезнь диагностируют довольно поздно. Первые признаки обнаруживают при появлении давления опухоли на рядом расположенные структуры и органы или прорастании их.

Наиболее характерными симптомами периферического рака лёгкого считают одышку и боли в грудной клетке.

Прорастание опухолью бронха сопровождается кашлем и кровохарканьем, хотя эти симптомы в отличие от центрального рака не считают ранними. Часто беспокоят признаки общего воздействия опухоли на организм: слабость, повышение температуры тела, быстрая утомляемость, снижение трудоспособности и др.

В поздних стадиях заболевания, при распространении патологического процесса на крупный бронх и сужении его просвета, клиническая картина периферического рака становится похожей на таковую центральной формы болезни и результаты физикального обследования одинаковы при обеих формах рака лёгкого. Вместе с тем, в отличие от центрального рака, при рентгенологическом исследовании на фоне ателектаза выявляют тень самой периферической опухоли. При периферическом раке опухоль нередко распространяется по плевре с развитием плеврального выпота.

«Полостная» форма периферического рака бывает результатом некроза и расплавления тканей в центре опухоли. Пациента беспокоят признаки воспалительного процесса (кашель, необильное отхождение мокроты, кровохарканье, повышение температуры тела). Деструкцию опухоли чаще наблюдают у лиц мужского пола, в возрасте старше 50 лет, при больших размерах опухолевого узла.

Рак верхушки лёгкого - разновидность периферического рака. Клиническая картина болезни в этих случаях бывает обусловлена прорастанием опухолью купола плевры, плечевого сплетения, поперечных отростков и дужек нижних шейных позвонков, а также симпатического ствола.

1.2 Диагностика и лечение рака легких

Диагностику рака легких рекомендуется периодически проходить всем людям, и в особенности курильщикам.

Всем взрослым один раз в год, как правило, осуществляют профилактическую флюорографию - рентгенологическое исследование легких. Если на флюорограмме в легких были обнаружены какие-либо изменения, врач назначает дополнительные исследования, позволяющие установить правильный диагноз.

Рассмотрим основные методы диагностики, применяемые при раке легкого.

Рентген легких

С его помощью на рентгеновской пленке получают снимки грудной клетки в различных положениях (проекциях), которые позволяют оценить характер опухолевой тени или ее признаков (размеры, расположение), состояние окружающей ткани легкого, изменения в средостении (пространство между легкими, где располагается сердце, крупные сосуды, пищевод, трахея, лимфатические узлы). Примерно у 80 процентов больных этот метод исследования позволяет установить первичный диагноз рака легкого.

Перед началом инструментального обследования врач обязательно расспросит больного, выяснит все его жалобы и историю их развития (анамнез), а затем проведет осмотр пациента. На основании полученных данных будет составлен план обследования, кроме обязательных банальных анализов (крови, мочи, электрокардиограммы и других), он включает в себя специальные методы исследования органов грудной клетки.

Бронхоскопия

Другой основной и обязательный метод исследования при раке легкого - это бронхоскопия. При нем в просвет трахеи и бронхов вводится тонкий гибкий инструмент с объективом и осветителем на конце. С помощью бронхоскопии можно не только оценить визуально изменения стенки органа, но и, при необходимости, взять соскоб или кусочек ткани для исследования под микроскопом (цитология и гистология соответственно), чтобы определить наличие злокачественных раковых клеток. Микроскопическое подтверждение любой злокачественной опухоли обязательно и рак легкого не исключение. Современные фибробронхоскопы позволяют увеличивать изображение и выводить его на экран монитора, делать фотографии и видеозапись для будущего детального исследования. Такое исследование бронхов применительно к раку легкого более эффективно (до 95-98 процентов) при центральных формах рака, когда опухоль располагается в крупных бронхах и ее легче достичь аппаратом. При периферическом раке легкого эффективность составляет около 60-70 процентов, что тоже немало.

Компьютерная томография грудной клетки

Компьютерная томография грудной клетки - высокоточный уточняющий метод исследования. Он позволяет более детально и с высокой разрешающей способностью изучить размеры и расположение опухоли, прорастание ее в окружающие органы, наличие метастазов (вторичного опухолевого поражения) в окружающей ткани легкого, в лимфатических узлах средостения, в костях грудного отдела позвоночника, ребер и грудины.

Пункция опухоли

Это методика, с помощью которой специальной иглой получают тканевой материал непосредственно из опухоли или метастазов, если при бронхоскопии не удастся подтвердить диагноз при повторных взятиях материала на биопсию.

Пункция опухоли может быть выполнена под рентгеновским или КТ-наведением прямо через кожу грудной стенки, может быть выполнена через стенку пищевода под контролем ультразвукового датчика. Применение пункционной биопсии необходимо для получения микроскопического подтверждения диагноза, без которого невозможно начать лечение.

Если рак легкого протекает с накоплением жидкости вокруг легкого (в плевральной полости), то возможно потребуются пункция тонкой иглой через кожу для эвакуации этой жидкости и исследования ее под микроскопом, так как она очень часто содержит раковые клетки. Для исключения распространения опухоли по организму человека (появления метастазов в других органах) протокол обследования дополняется дополнительными методами. Для исключения поражения печени, лимфатических узлов брюшной полости, надпочечников выполняется ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ).

При подозрении на метастазы в кости проводится скintiграфия костей скелета - это введение в кровь небольшого количества слаборадиоактивного препарата и исследование его накопления в костях. Если подозревается поражение головного мозга (имеются соответствующие жалобы), то проводится компьютерная или магниторезонансная томография.

Торакотомия

Если никакими другими методами не удалось выяснить причину выявленного при рентгенографии легких, то может быть применена диагностическая операция, так называемая торакотомия - это вскрытие грудной клетки, при котором визуально оценивается патологический очаг, прямо из него берется фрагмент ткани для исследования микроскопом (биопсия). При подтверждении диагноза рак легких и отсутствии противопоказаний для оперативного лечения - удаление опухоли может быть произведено сразу же. Комплекс обследований позволяет установить диагноз рака легкого, оценить стадию и степень распространения опухоли по организму человека и спланировать оптимальный лечебный план, необходимый при конкретной ситуации.

Лечение

У больных не мелко клеточным раком лёгкого применяют следующие методы лечения: хирургическое вмешательство, лучевую терапию, химиотерапию, комбинированное лечение (операция и лучевая терапия или химиотерапия),

химиолучевое лечение. В стадии клинической апробации находится иммунотерапия, особенно в сочетании с другими методами.

Хирургическое лечение больных с резектабельными формами рака лёгкого считают наиболее радикальным методом, при котором появляются реальные перспективы полного излечения. К основным условиям радикализма операции относят удаление единым блоком лёгкого или доли и регионарно зависимых лимфатических узлов с окружающей клетчаткой в пределах здоровых тканей, отстояние линии пересечения бронха на 1.5-2 см от видимого края опухоли, а также отсутствие опухолевых клеток в краях пересечённых бронха, сосудов и дополнительно резецированных органов и тканей.

Абсолютными онкологическими противопоказаниями к операции на лёгком при раке служат морфологически подтверждённые метастазы в отдалённых органах (исключая надпочечник и головной мозг) и лимфатических узлах, обширное прорастание опухоли или метастазов в аорту, верхнюю полую вену, пищевод и противоположный главный бронх, не позволяющее выполнить их резекцию, метастатическое поражение париетальной плевры со специфическим канцероматозным плевритом.

Комбинированная операция с резекцией бифуркации трахеи, предсердия, пищевода, аорты, верхней полой вены нередко бывает радикальным оперативным вмешательством.

При периферическом раке лёгкого размером до 3 см можно проводить экономную сублобарную резекцию - классическую сегментэктомию с отдельной обработкой элементов корня сегмента, обязательной ревизией лёгочных и бронхопульмональных лимфатических узлов и срочным морфологическим исследованием. При обнаружении в них метастазов следует как минимум выполнять лобэктомию.

Химиотерапия при не мелкоклеточном раке лёгкого показана при наличии противопоказаний к хирургическому и лучевому лечению.

Назначают следующие препараты в различных сочетаниях: доксорубин, цисплатин, винкристин, этопозид, циклофосфамид, метотрексат, блеомицин, нитрозометилмочевину, винорелбин, паклитаксел, доцетаксел, гемцитабин и др. Как правило, проводят до 6 курсов химиотерапии с интервалами 3-4 нед.

Объективное улучшение (частичная резорбция первичной опухоли, регионарных и отдалённых метастазов) наступает у 6-30% больных, однако полная резорбция наступает редко. Химиотерапия малоэффективна при метастазах в костях, головном мозге и печени.

При сочетании химиотерапии с лучевым лечением (возможно одновременное или последовательное их применение) достигают лучших результатов.

Химиолучевое лечение основано на возможности как аддитивного эффекта, так и синергизма, без суммации побочного токсического действия.

Лучевое лечение не мелко клеточного рака лёгкого проводят с радикальной целью или в качестве паллиативного вмешательства.

При радикальной лучевой терапии рассчитывают на длительный и стойкий эффект в результате гибели всех клеток первичной опухоли и внутригрудных

метастазов. При малодифференцированных формах рака в поле облучения включают также надключичные зоны.

Лучевую терапию по радикальной программе (суммарная очаговая доза не менее 60-80 Гр) можно назначать больным раком лёгкого I-II стадии, которым хирургическое лечение противопоказано или которые отказались от него.

Лучевую терапию по паллиативной программе (суммарная очаговая доза не более 45 Гр) планируют при раке лёгкого III стадии.

К противопоказаниям к лучевому лечению относят обильное кровохарканье или кровотечение, опухолевый плеврит, множественные отдалённые метастазы, обширное прорастание первичной опухоли или метастазов в сосуды средостения, пищевод, трахею, лейкопению (менее $3 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитопению (менее $10 \times 10^9/\text{л}$), тяжёлую стенокардию, инфаркт миокарда, декомпенсированные формы лёгочно-сердечной, сердечно-сосудистой, печёночной и почечной патологии.

Комбинированное лечение. Сочетание радикальной операции с лучевой терапией, или с лекарственным противоопухолевым лечением, или с иммунотерапией приводит к повышению эффективности хирургического лечения больных не мелко клеточным раком лёгкого II-III стадии.

Дополнительные методы лечения применяют до или после операции, а также во время неё.

3. Факторы, влияющие на заболевание раком легкого

Курение является наиболее важным фактором химически индуцированного рака легкого. На конференциях, проведенных под эгидой Международного агентства по изучению рака, посвященных проблеме курения, сделано заключение, что с ним связано 70-95% случаев возникновения рака легкого, а риск развития этого заболевания среди курящих в среднем в 10 раз выше, чем у некурящих.

Установлено, что табачный дым содержит более 3800 химических веществ, многие из которых являются канцерогенными для человека. К ним относятся прежде всего полиароматические углеводороды, в том числе бенз(а)пирен(БП), 2-толуидин, 2-нафтиламин, 4-аминобифенил, никель, полоний-210 и ряд N-нитрозосоединений. Важным параметром, определяющим уровень N-нитрозосоединений в табачном дыме является содержание в табаке нитратов. Относительный риск развития рака легкого, связанный с курением, возрастает и зависит от количества выкуриваемых в день сигарет. Однако продолжительность курения, является более существенным фактором, чем количество ежедневно выкуриваемых сигарет.

Профессиональные факторы.

Немаловажную роль в возникновении рака легкого играют профессиональные факторы. С достоверностью установлена этиологическая связь возникновения рака легкого с такими веществами и производственными процессами, как асбест, мышьяк, хром, никель и их соединения, радон и продукты его распада, горчичный газ, каменноугольные смолы, подземная добыча гематит, алюминиевая промышленность, производства, связанные с коксованием угля, выплавкой железа и стали, резиновая промышленность и др.. Доля рака легкого, связанного с профессиональными факторами колеблется в пределах от 4 до 40%, в зависимости от места и времени проводимого исследования, а так же от концентрации в зоне эпидемиологического исследования в определенный период времени того или иного канцерогенного фактора. Необходимо отметить, что курение и профессиональные факторы синергически влияют на риск возникновения рака легкого.

Загрязнение атмосферного воздуха. Рак легкого в большей степени, чем другие формы злокачественных опухолей, связан с загрязнением атмосферного воздуха канцерогенными веществами. Эти вещества обнаруживаются не только на территории промышленных предприятий, выбрасывающих их, в промышленных центрах, вдоль автомобильных магистралей, но и далеко за их пределами. Население, проживающее в городах и территориально-промышленных комплексах с высоким индустриальным развитием, преимущественно тяжелой, химической, нефтехимической и нефтеперерабатывающей промышленности, чаще поражается онкологическими заболеваниями, в том числе - раком легкого, чем в городах, специализирующихся на легкой и пищевой промышленности. Однако, существующие эпидемиологические данные о загрязнении атмосферного воздуха, как этиологическом факторе рака легкого, указывают на то, что загрязнение воздуха, скорее всего, влияет на риск развития этого заболевания,

но влияние курения и профессиональных факторов имеет гораздо большее значение.

Загрязнение воздуха жилых помещений. В последние годы появился большой интерес к изучению роли загрязнения воздуха жилых помещений табачным дымом и альфа-частицами радиоактивного излучения радона и его производных в этиологии рака легкого. Показано, что химический состав табачного дыма, который попадает в воздух (побочный поток), несколько отличается от состава вдыхаемого дыма при активном курении (основной поток). В частности, в побочном потоке более высокое содержание аммиака, аминов, включая ароматические амины, и газообразных N-нитрозосоединений, чем в основном потоке.

4.Профилактика рака легкого

Учитывая высокую и всё нарастающую частоту рака лёгкого, проблемы предупреждения этого заболевания приобретают исключительно большое значение.

Необходимо уделять самое серьёзное внимание профилактике тех заболеваний, на почве которых может возникнуть рак лёгкого. Учитывая возможность возникновения рака лёгкого на почве хронической пневмонии, следует уточнить причину повторных пневмоний и хронических лёгочных нагноений и, постаравшись устранить их, добиться максимального излечения больного от воспалительного процесса. В отдельных случаях, где хронический воспалительный процесс привел к развитию бронхоэктазов, необходимо ставить вопрос об обязательном удалении этого участка лёгкого.

Профилактика рака лёгкого, развивающегося в результате хронического воспалительного и нагноительного процесса в лёгких, целиком находится в компетенции врача. Мы не знаем сколько времени необходимо для того, чтобы хроническое воспаление лёгкого привело к развитию ракового процесса, но что такая возможность имеется - это бесспорно. Поэтому, чтобы предупредить развитие рака лёгкого, необходимо стремиться к полному излечению воспалительных процессов в лёгких и бронхах. Будет совершенно правильным, если каждый больной с хроническим воспалительным и нагноительным процессом в лёгких проконсультируется с хирургом как в отношении диагноза, так и лечения. Это будет иметь большое значение не только с точки зрения профилактики, но и с точки зрения ранней диагностики рака, так как часто под маской хронической пневмонии или хронического нагноительного процесса скрывается рак.

Своевременное и правильное лечение доброкачественных опухолей лёгкого также является профилактикой рака, ибо у нас никогда нет уверенности в том, что из доброкачественной опухоли не разовьётся злокачественная. В настоящее время считается общепринятым, что почти любая доброкачественная опухоль может при длительном существовании перейти в злокачественную. При одних опухолях для этого могут потребоваться десятки лет, при других же - немногие годы, а может быть и месяцы.

Учитывая относительную безопасность пробной торакотомии и сравнительную лёгкость оперативных вмешательств при небольших доброкачественных опухолях, надо считать, что любая доброкачественная опухоль грудной полости подлежит оперативному удалению. Опасность выжидания в данном случае больше опасности оперативного вмешательства. Удаляя любую опухоль лёгкого, мы тем самым проводим профилактику рака, а если перед нами уже злокачественная опухоль, то оперативное вмешательство будет, следовательно, более своевременным.

Борьба с загрязнением воздушного бассейна городов, безусловно, имеет большое профилактическое значение. Эта борьба требует общественных мероприятий в государственном и городском масштабах. Задача же медико-

санитарных учреждений и населения заключается в том, чтобы вести настойчивую борьбу за выполнение существующих законов по охране воздушных бассейнов, за создание дымоуловителей и т. д. Для оздоровления воздуха громадное значение имеет озеленение городов, своевременная и тщательная поливка улиц. Кроме того, имеют немаловажное значение занятия физкультурой и спортом, максимальное пребывание за городом, организация туристических походов. Для профилактики рака лёгких необходимо вести энергичную борьбу с курением, так как доказана пагубная роль длительного и упорного курения в развитии рака лёгкого.

Заключение

Таким образом, основным фактором риска развития рака легкого является курение и несвоевременное профилактика своего организма во время заболеваемости различными бронхиальными, простудными болезнями.

Если у мужчин рак легкого занимает первое место, то у женщин в нашей республике он занимает второе место после рака молочной железы.

Морфологическое подтверждение диагноза рака легкого в 2012 году составило 54,3%. Показатель активной выявляемости рака легкого составил 9,2%.

Абсолютное число умерших от рака легкого в 2012 году составило 268 человек, из них мужчин - 192, женщин - 76. Показатель смертности на 100 тысяч населения составил 28,0.

Контингент больных злокачественными новообразованиями растет с каждым годом, что связано как с ростом заболеваемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных. Контингент больных раком легкого также растет и в 2012 году составил 447 человек. Показатель распространенности на 100 тыс. населения составил 46,6.

Со второй половины XX столетия рак легкого занимает ведущие позиции в структуре онкологической заболеваемости населения многих развитых странах мира.

Таким образом, по итогам курсовой работы, можно сказать, что риск развития рака легкого практически полностью зависит от воздействия факторов образа жизни и окружающей среды.

Список литературы:

1. Боголепова Л. С. Основные принципы и задачи санитарного просвещения. В кн.: Санитарное просвещение. М., Ин-т сан. просвещения, 2014, стр. 5-36.
2. Ваиль С. С. Роль хронических воспалительных процессов в возникновении рака лёгких. Вопр. онкологии. 2013, № 4, стр. 393-399.
3. Грушко Я. М. Рак лёгкого и его профилактика. Вопр. онкологии. 2019, № 5, стр. 624-633.
4. Гуринов Б. Н. Канцерогенные вещества в воздухе города и меры профилактики. В кн.: VIII Междунар. противор. конгресс, т. 2. М. - Л., 2013, стр. 536-538.
5. Мерков А. М. Рак лёгких и курение. Вопр. онкологии, 2015, № 5, стр. 109-116.
6. Петров Н. Н. Профилактика рака и предраковых заболеваний. В кн.: Руководство по общ. онкологии. Л., Медгиз, 2018, стр. 323-337.
7. Углов Ф. Г. Рак лёгкого. Л. Знание, 2019, 32 стр.
8. Чаклин А. В. Организационные мероприятия по профилактике и ранней диагностике рака лёгких. Вопр. онкологии, 2014, № 4, стр. 491-495.
9. <<http://ru.wikipedia.org/>>
10. <http://www.f-med.ru/Cancer/lung_cancer.php>
11. <<http://netoncology.ru/patient/diagnostics/adult/lung/>>