



В.П. Курчин¹, А.Л. Акопов², Т.А. Кузнецова¹

Опухоль верхней легочной борозды (опухоль Панкоста): исторический аспект, термины и определения

¹ГУ Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь
²ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

В статье описываются этапы формирования современных представлений об опухоли Панкоста (Pancoast tumor), клинически проявляющейся болевым синдромом и глазными расстройствами. Утвердившийся эпоним опухоли и синдрома включает имя американского рентгенолога Г.К. Панкоста (H.K. Pancoast), подробно описавшего клинику-рентгенологическую семиотику опухоли и давшего ей название «опухоль верхней легочной борозды» («superior pulmonary sulcus tumor», англ.) в 1924 и 1936 гг. Несмотря на почти 100 лет, прошедших с этого времени, правомочность названия, анатомический аспект, органное происхождение опухоли, ее гистогенез и особенности клинического течения являются предметом дискуссии до настоящего времени. Исторический приоритет описания опухоли и синдрома принадлежит английскому хирургу Э.С. Хэйру (E.S. Hare), однако его открытие стало широко известным уже после того, как возник эпоним, связанный с именем Г.К. Панкоста. До настоящего времени в научных публикациях встречаются заблуждения относительно концепции Панкоста об этой опухоли и ее названия — опухоль верхней легочной борозды.

Ключевые слова: опухоль Панкоста; синдром Панкоста; верхняя легочная борозда

Для цитирования: Курчин В.П., Акопов А.Л., Кузнецова Т.А. Опухоль верхней легочной борозды (опухоль Панкоста): исторический аспект, термины и определения. *Вопросы онкологии*. 2023;69(3):565–570. doi: 10.37469/0507-3758-2023-69-3-565-570

Трудно назвать опухоль, которая, не являясь самостоятельной нозологической единицей, вызвала бы после ее описания столь бурную дискуссию относительно своего происхождения, локализации и, даже, названия, как «опухоль верхней легочной борозды». С этой опухолью соотносится несколько эпонимов, но наиболее распространенным является приведенный в назва-

нии статьи, что исторически справедливо лишь отчасти. До настоящего времени верхняя легочная борозда (superior pulmonary sulcus, англ., SPS) является камнем преткновения в попытке определить ей соответствующую анатомическую структуру, которая бы упоминалась в анатомической терминологии. А сокращение ее названия до «superior sulcus», которое иногда встречается в англоязычных статьях, окончательно запутывает ситуацию. Сложившуюся реальность лучше всего характеризует начало статьи самого Г.К. Панкоста (H.K. Pancoast): «Медицина не является и не может быть точной наукой...» [1].

Более 90 лет назад американский рентгенолог H.K. Pancoast описал опухоль в области верхней грудной апертуры, проявляющуюся специфическим симптомокомплексом: болью в надплечье и соответствующей верхней конечности, синдромом Горнера, атрофией мышц руки. Рентгенологически опухоль характеризовалась небольшой тенью на верхушке легкого, деструкцией первых ребер и, часто, позвоночника [1, 2]. Первоначально эту опухоль он назвал «apical chest tumor», обозначая, тем самым, ее локализацию в области купола плевральной полости. Однако во второй статье автор посчитал, что это название может вводить в заблуждение, поскольку соотносится с другими опухолями в этой области, и ввел новый термин «superior pulmonary sulcus tumor» (SPST). Этим термином он хотел подчеркнуть отличие описываемой опухоли, локализуемой в области верхней грудной апертуры, от других новообразований, исходящих из верхушки легкого, плевры, ребер или средостения.

Представления H.K. Pancoast об особенном типе SPST были обусловлены, главным образом, клиническими и рентгенологическими данными, т. к. только в 2 наблюдениях из 7 представленных была выполнена биопсия опухоли, а аутопсия после смерти пациентов не производилась. Его представления об SPST сводились к следующему:

1. Опухоль гистопатологически относится к эпителиальной, однако, можно практически

исключить рак легкого, для которого синдром Горнера не является характерным. Автор предполагал внелегочное происхождение опухоли из остатков зародышевого жаберного аппарата.

2. Опухоль всегда возникает в одном и том же месте, поражая задние отделы первых трех ребер, прилежащие поперечные отростки позвонков и, иногда, тела позвонков. Опухоль инфильтрирует нервы С8, 1 и 2 грудной нервы, вызывая характерный болевой синдром и синдром Горнера, который автор рассматривал как неотъемлемую часть клинического симптомокомплекса.

Таким образом, Н.К. Pancoast сформулировал концепцию «опухоли верхней легочной борозды» без достаточной для этого аргументации. Сам автор предполагал, что определение может меняться при накоплении знаний о гистопатологии опухоли. Однако, как будет показано ниже, все предложения по изменению определения SPST на основе установления гистогенеза опухоли не имели успеха.

Статьи Н.К. Pancoast привлекли внимание к синдрому, которым проявлялись опухоли верхней грудной апертуры, и послужили поводом к дискуссии, развернувшейся на страницах медицинских журналов и продолжающейся до настоящего времени. Обсуждались и обсуждаются анатомическая локализация опухоли, ее органное происхождение, другие варианты названия, лучше отражающие ее сущность.

Непонимание анатомического субстрата в названии, данном Н.К. Pancoast, возникло еще при жизни автора, когда была возможность высказать мнение его самого. Так, J. Browder и J.A. Deveer писали, что «не могут найти анатомического обоснования для термина «верхняя легочная борозда»» [3]. P.A. Herbut и J.S. Watson считали, что эта борозда находится в легком: «... во всех наших случаях, в которых была выполнена аутопсия, подключичная артерия была вовлечена в опухоль и, таким образом, новообразование находилось действительно в верхней легочной борозде» [4]. Соотнесение верхней легочной борозды с углублением в легком, обусловленным прилеганием подключичной артерии, оказалось устойчивым заблуждением, которое встречается в статьях до настоящего времени [5]. Так, P.E. van Schil и соавт. [6] в редакционной колонке *Journal of Thoracic Oncology* в 2012 г. указывают, что сам Н.К. Pancoast под термином SPS имел в виду именно борозду на передне-верхней поверхности легкого от контакта с подключичной артерией и приводят в статье рисунок французских анатомов H.Rouvière и A.Delmas из книги 1962 г. [7]. Наличие такой борозды упоминалось и в более поздних руководствах. Так, в учебнике нормальной анатомии человека, изданном в

СССР в 1962 г. под редакцией В.А. Долго-Сабурова, упоминается *sulcus subclavius* на верхушках обоих легких [8].

Такое толкование термина SPST сосуществовало и с альтернативным распознаванием анатомической локализации легочной борозды вне легкого. Цитата из статьи Feldman L. и соавторов (1939): «Борозда является углублением, расположенным сзади в грудной клетке вдоль каждой стороны позвоночного столба. Опухоль располагается в верхнем полюсе этого углубления и в заднем отделе грудной апертуры» [9]. R.R. Shaw и Paulson D.L. с соавт. [10] описывали SPST как опухоли, «...развивающиеся периферически в верхних долях и вдающиеся в верхнюю борозду грудной клетки». Здесь уже характерно сокращение термина «верхняя легочная борозда» до «верхняя борозда». J.P. Teixeira [11] объяснял подобное сокращение в статьях тем, что термин «стал более известен». Поиск по каталогу «Index Medicus» [12] позволил установить, что этот сокращенный термин стал употребляться с 1949 г. [13] наряду с первоначальным полным названием. Интересно, что позднее D.L. Paulson [14] изменил свой взгляд на происхождение верхней легочной борозды и стал считать, что Н.К. Pancoast, вероятно, имел в виду бороздку от прилегания подключичной артерии на верхушке легкого.

Сам Н.К. Pancoast указал локализацию описанной им специфической опухоли «в верхней части легочной борозды грудной стенки» в первом выводе статьи [2]. Так как он считал, что эта опухоль не имеет отношение к легкому, то, вероятнее всего, не имел ввиду никаких анатомических ориентиров, находящихся на поверхности легких. Учитывая, что в то время была в употреблении Базельская анатомическая номенклатура, то правомерность использования анатомического термина «легочная борозда грудной стенки» можно легко подтвердить, проверив наличие этого термина в номенклатуре. В разделе «Osteologia» данной номенклатуры [15] в подразделе «Thorax» есть термин «*sulcus pulmonalis*» (лат.), что соответствует «*pulmonary sulcus*» (анг.). Именно опухоль, занимающую верхнюю часть этой борозды, Н.К. Pancoast называл «*superior pulmonary sulcus tumor*».

Термин «*superior pulmonary sulcus*», по всей видимости, и породил неоднозначную трактовку. Следует отметить, что в современных учебниках анатомии, как и в последних вариантах международной анатомической номенклатуры, упоминаний о каких-либо *superior pulmonary sulcus* ни в верхних отделах легких, ни применительно к грудной стенке вообще нет [16, 17, 18]. Если рассматривать как возможный источник роста новообразования только участок легочной парен-

химы, прилегающий к верхней части легочной борозды грудной стенки — углубления грудной стенки вдоль позвоночного столба (*pulmonary sulcus*) — то из этой группы опухолей должны исключаться опухоли переднего (*anterior compartment*) и среднего (*middle compartment*) отделов верхней грудной апертуры.

С современных терминологических позиций термин «опухоль Панкоста» («*Pancoast tumor*»), вероятнее всего, в наибольшей мере соответствует первичной опухоли легкого, источник роста которой расположен в легком на уровне или выше ключицы.

Хотя Н.К. Pancoast считал, что SPST представляют новый тип интраторакальной опухоли, по мере накопления наблюдений оказалось, что описанный им синдром вызывается различными первичными и метастатическими опухолями. Еще в дискуссии к первой статье автора W.A. Evans высказал мнение, что невозможно поставить правильный диагноз без микроскопического исследования опухоли, и более того, что любая опухоль в этой части грудной клетки будет вызывать симптомы, подобные приведенным в статье. Он также привел 5 случаев верхушечных опухолей различного происхождения, сопровождавшихся такими же симптомами [1].

В 1932 г. аргентинский врач J.W. Tobias описал верхушечно-реберно-позвоночный синдром, аналогичный указанному Н.К. Pancoast, и установил, что в 4 случаях этот синдром был обусловлен первичным раком верхушки легкого, а еще в одном — метастазом рака желудка [19]. В латиноамериканской литературе синдром получил название «*Pancoast–Tobias syndrome*».

Последующие публикации убедительно демонстрировали, что *Pancoast syndrome* встречается чаще, чем предполагалось ранее, и может быть вызван опухолями различного происхождения. В 1938 г. J.J. Stein [20] сообщил о более 40 наблюдениях в литературе и привел собственные 15 случаев. В 14 из них опухоль представляла собой первичный рак легкого и только в одном метастаз остеогенной саркомы. Автор отмечал, что время появления синдрома Горнера очень вариабельно и зависит от темпа и характера роста опухоли в грудной апертуре.

В 1940 г. Н.К. Moersch и соавт. [21] описали 17 случаев «опухолей верхушки легкого, также называемых опухолями верхней легочной борозды», диагностированными за 10 лет. В 1946 г. P.A. Herbut и J.S. Watson [4] выявили в медицинской литературе описание 134 наблюдений SPST и сообщили о 17 своих наблюдениях. В большинстве случаев опухоль являлась первичным раком легкого, реже — метастазами опухолей других первичных локализаций, вызывающих такие же клинические проявления.

Таким образом, среди потока сообщений о клинических наблюдениях SPST, преимущественно обусловленных верхушечным раком легкого, имелись лишь единичные публикации в пользу гипотезы Н.К. Pancoast об экстрапульмональном происхождении опухоли из эмбриональных остатков. Так к 1940 г. J.H. Morris и D.E. Harken [22] привели 7 наблюдений, в которых опухоль в области купола плевры исходила не из легкого; при этом опухоли в других органах отсутствовали, что позволяло исключить метастатический характер SPST; гистологическое исследование свидетельствовало в пользу возможного бронхиогенного (исходящего из эмбриональной жаберной дуги) происхождения, что соответствовало гипотезе Н.К. Pancoast. Уже упоминавшиеся P.A. Herbut и J.S. Watson [4] сообщили о 3 наблюдениях экстрапульмональных опухолей, в гистологическом строении которых встречались эпителиальные, анапластические и железистые структуры. Авторы пришли к выводу, что источником этих опухолей скорее явились бронхиальные кисты, чем бронхиогенные остатки.

После этих работ дискуссия по поводу гипотезы Н.К. Pancoast о бронхиогенной эпителиоме в периодической литературе не возобновлялась. В 1956 г. V.M. Chardack и соавт. [23] писали, что концепция Н.К. Pancoast о специфической бронхиогенной эпителиоме была отвергнута, т. к. описанный *Pancoast syndrome* может вызываться большим разнообразием злокачественных опухолей, причем подавляющее большинство таких наблюдений обусловлено раком верхушки легкого.

В ходе дискуссии многие авторы критиковали и критикуют название «*superior pulmonary sulcus tumor*» из-за анатомической неопределенности и несостоятельности выделения под этим названием специфического типа опухоли. Только в одной статье P.A. Herbut и J.S. Watson [4] приведено 12 названий SPST, включая и их собственное, вынесенное в название статьи, «*tumor of the thoracic inlet*». На самом деле, предложенный по названию было сделано еще больше вплоть до казуистического «*sulcus tumor*» [24]. Тем не менее, прижилось оригинальное SPST, часто сокращаемое до «*superior sulcus tumor*» и «*Pancoast tumor*», хотя изменилось классическое определение этой опухоли. В настоящее время под SPST понимается рак верхушки легкого, распространяющийся на апикальную часть грудной стенки, при этом возможно вовлечение плечевого сплетения, подключичной артерии и вены, позвоночника. По мнению некоторых специалистов, инвазия опухоли в грудную стенку только на уровне II ребра или ниже не удовлетворяет критериям опухоли Н.К. Pancoast [25].

Устоявшейся русскоязычной терминологии в отношении опухоли Панкоста также не существует. В.П. Харченко и И.В. Кузьмин предлагали отказаться от терминов «рак верхней борозды» и «опухоль верхушки легкого», как неточных с анатомической точки зрения, в пользу «рака I сегмента легкого с синдромом Панкоста» [26]. Встречаются и другие названия: «рак верхушки легкого с синдромом Панкоста» [27], «верхушечный рак легкого» [28], рак верхушки легкого [29].

Эпоним к SPST образовался довольно быстро. Уже в 1936 г. он появился в названии статьи [30] и в последующем начал широко употребляться в виде «Pancoast tumor» и «Pancoast syndrome». И в этом нет ничего удивительно, поскольку благодаря Н.К. Pancoast начали изучаться опухоли в верхней апертуре грудной клетки, вызывающие характерный синдром. Однако первое описание синдрома, обусловленного SPST, было сделано задолго до этих авторов.

В 1935 г. в статье J. Browder, J.A. DeVeer [3] впервые появилось упоминание о забытой к тому времени публикации английского хирурга E.S. Hare с описанием его наблюдения быстрорастущей опухоли в надключичной области, которая сопровождалась клиническими проявлениями, аналогичными синдрому Pancoast. Авторы ссылались на статью J.F. Fulton [31], посвященную истории открытия синдрома Горнера, т. к. E.S. Hare был одним из первых, кто описал клинические проявления этого симптомокомплекса. Более подробно о драматической судьбе E.S. Hare и его открытии можно найти в другой статье J.F. Fulton [32]. Действительно, в 1838 г. E.S. Hare полно описал клинические проявления болезни у пациента и результаты аутопсии после его смерти от злокачественной опухоли. На вскрытии была выявлена экстрапульмональная опухоль в области левой верхней апертуры грудной клетки с распространением на шею и в средостение по ходу сосудисто-нервного пучка. Опухоль вовлекала плечевое сплетение, нижний шейный симпатический ганглий и была плотно спаяна с позвоночником [33].

В 1940 г. была сделана попытка восстановить историческую справедливость и изменить эпоним «Pancoast syndrome» на «Hare's syndrome» [22], но она не получила поддержки со стороны других авторов. Сейчас в статьях, посвященных диагностике и лечению SPST, принято ссылаться на E.S. Hare как автора, впервые описавшего опухоль верхней апертуры грудной клетки с характерным болевым синдромом в сочетании с глазными расстройствами, однако эпоним синдрома и опухоли включает имя Н.К. Pancoast, который описал болезнь почти через 100 лет после E.S. Hare.

По прошествии многих лет после публикации статьи с описанием SPST, забывается тер-

нистый путь познания, проложенный усилиями многих авторов к современным представлениям об этой опухоли, как раке легкого, исходящем из его самых верхних отделов и поражающем окружающие структуры грудной стенки. Эти представления ошибочно приписываются самому Н.К. Pancoast, который, на самом деле, полагал внелегочное происхождение опухоли, локализующейся в верхней части «легочной борозды» грудной стенки. Подобные заблуждения кочуют из одной статьи в другую, а ссылки на первоисточник придают достоверность искаженным историческим фактам. Терминологические противоречия связаны с отсутствием, как признается современной анатомией, какой-либо борозды как в верхних отделах легких, так и куполе грудной стенки. Парадоксально также, что SPST может протекать без Pancoast syndrome, а сам Pancoast syndrome далеко не всегда связан с опухолью верхушки легкого (опухолью Н.К. Pancoast). По-видимому, более оправданным было бы внедрение нового названия для первичного рака легкого, растущего из этой зоны — опухоль верхушки легкого, что в современных условиях вряд ли уже возможно, да и точного определения и ориентиров границ «верхушки легкого» также не существует.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pancoast HK. Importance of careful roentgen-ray investigations of apical chest tumors. JAMA. 1924;83(18):1407. doi:10.1001/jama.1924.02660180025007.
2. Pancoast HK. Superior pulmonary sulcus tumor: tumor characterized by pain, Horner's syndrome, destruction of bone and atrophy of hand muscles. JAMA. 1932;99(17):1391–1396. doi:10.1001/jama.1932.02740690001001.
3. Browder J, DeVeer JA. The varied pathologic basis for the symptomatology produced by tumors in the region of the pulmonary apex and upper mediastinum. Am J Cancer. 1935;24:507-521.
4. Herbut PA, Watson JS. Tumor of the thoracic inlet producing the Pancoast syndrome; a report of 17 cases and a review of the literature. Arch Pathol (Chic). 1946;42:88–103.
5. Panagopoulos N, Leivaditis V, Koletsis E, et al. Pancoast tumors: characteristics and preoperative assessment. J Thorac Dis. 2014;6(S1):108–115. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2013.12.29.
6. Van Schil PE, Sigal-Cinqualbre A, Dartevelle P, et al. Superior sulcus tumors: Do they really exist? J Thorac Oncol. 2012;7(5):777-8. doi:10.1097/JTO.0b013e318250edb2.
7. Rouviere H. Anatomie humaine - Descriptive et topographique. Cordier G, Delmas A (eds), Masson et Cie, Paris, France. 1962;3(9):719.

8. Тонков В.Н. Учебник нормальной анатомии человека. под ред. Б. А. Долго-Сабурова. 6-е изд., перераб. и доп. Ленинград: Медгиз. 1962 [Tonkov VN. Textbook of normal human anatomy. ed. by BA Dolgo-Saburov. 6-th ed., revised and updated. Leningrad: Medgiz.1962:764 (In Russ.)].
9. Feldman L, Davidsohn I, Danelius G. The so-called superior pulmonary sulcus tumor. *Ann Intern Med.* 1939;12(9):1507. doi:10.7326/0003-4819-12-9-1507.
10. Shaw RR, Paulson DL, Kee JL. Treatment of superior sulcus tumor by irradiation followed by resection. *Ann Surg.* 1961;154(1):29-40. doi:10.1097/0000658-196107000-00003.
11. Teixeira JP. Concerning the Pancoast tumor: what is the superior pulmonary sulcus? *Ann Thorac Surg.* 1983;35(6):577-8. doi:10.1016/s0003-4975(10)61065-x.
12. HathiTrust Digital Library. Index Medicus [Internet]. [Accessed: January 26, 2022]. Available from: <https://babel.hathitrust.org/cgi/ls?field1=ocr;q1=Index%20Medicus;a=srchls;imt=ft>.
13. Brous M. A case of a superior sulcus tumour. *Med J Aust.* 1949;1(24):781-3. doi:10.5694/j.1326-5377.1949.tb68044.x.
14. Paulson DL. Carcinomas in the superior pulmonary sulcus. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1975;70(6):1095-104.
15. His W. Die anatomische Nomenclatur. Nomina anatomica, Verzeichniss der von der anatomischen Gesellschaft auf ihrer IX. Versammlung in Basel angenommenen Namen. 1895:200. doi:10.5962/bhl.title.44115.
16. Sobotta J. Atlas of human anatomy. 14th Ed. Putz R, Pabst R, eds. Munich: Elsevier Urban & Fischer. 2000:416.
17. Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM. Gray's anatomy for students. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone Elsevier. 2010:1183.
18. FIPAT. Terminologia Anatomica. 2nd ed. FIPAT.library.dal.ca. Federative International Programme for Anatomical Terminology. 2019:332.
19. Tobías JW. Síndrome ápico-costovertebral doloroso por tumor apical: su valor diagnóstico en el cáncer primitivo pulmonar. *Rev Med Lat Am.* 1932;19(Spa):1522-56.
20. Stein, JJ. Apical lung tumors: further observations with report of seven additional cases. *JAMA,* 1938;111:1612-1617.
21. Moersch HJ, Hinshaw HC, Wilson IH. Apical lung tumors or so-called superior pulmonary sulcus tumors. *Minnesota Med.* 1940;23:221-226.
22. Morris JH, Harken DE. The superior pulmonary sulcus "tumor of Pancoast" in relation to Hare's syndrome. *Ann Surg.* 1940;112:1-21.
23. Chardack WM, MacCallum JD. Pancoast tumor; five-year survival without recurrence or metastases following radical resection and postoperative irradiation. *J Thorac Surg.* 1956;31(5):535-42.
24. Breslin LJ. A sulcus tumour. *Can Med Assoc J.* 1941;44:56-57.
25. Detterbeck FC. Changes in the treatment of Pancoast tumors. *Ann Thorac Surg.* 2003;75(6):1990-7. doi:10.1016/s0003-4975(03)00134-6.
26. Харченко В.П., Кузьмин И. В. Рак легкого: Руководство для врачей. М.: Медицина. 1994:8 [Kharchenko VP, Kuzmin IV. Lung cancer: A guide for physicians. Moscow: Meditsina. 1994:8 (In Russ.)].
27. Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И. Рак легкого. Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2008;(4):3-9 [Trakhtenberg AH, Kolbanov KI. Lung cancer. Atmosfera. Pulmonology and Allergology. 2008;(4):3-9 (In Russ.)].
28. Порханов В.А., Поляков И.С., Бодня В.Н. и др. Современные аспекты лечения пациентов с верхушечным раком легкого. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2008;(1):46-52 [Porokhanov VA, Polyakov IS, Bodnya VN, et al. Modern aspects of treatment in patients with apex lung cancer. Thoracic and cardiovascular surgery. 2008;(1):46-52 (In Russ.)].
29. Жарков В.В., Еськов С.А., Малькевич В.О. Оперативные доступы при опухолях легкого и инвазией в структуры верхней грудной апертуры грудной клетки. Онкологический журнал. 2007;1(4):61-71 [Zharkov VV, Eskov SA, Malkievich VO. Operative accesses for lung tumors and invasion into the structures of the upper thoracic inlet of the chest. Journal of Oncology. 2007;1(4):61-71 (In Russ.)].
30. Frost TT, Wolpaw SE. Intrathoracic sympathoblastoma: producing the symptomatology of a superior pulmonary sulcus tumor (Pancoast). *Am J Cancer.* 1936;26:483-492.
31. Fulton JF. Horner and the syndrome of paralysis of the cervical sympathetic. *Arch Surg.* 1929;18:2025-2039.
32. Fulton JF. Edward Selleck Hare (1812-1838) and the Syndrome of paralysis of the cervical sympathetic. *Proc R Soc Med.* 1929;23(2):152-7.
33. Hare ES. Tumor involving certain nerves. *London Med Gaz.* 1838:29. Wilson and son. 1839; 1:16-18.

Поступила в редакцию 27.01.2023
 Прошла рецензирование 21.02.2023
 Принята в печать 20.04.2023

V.P. Kurchyn¹, A.L. Akopov², T.A. Kuznetsova¹

Superior pulmonary sulcus (Pancoast) tumor: historical aspect, terms and definitions

¹N.N. Alexandrov National Cancer Centre, Minsk, the Republic of Belarus

²First Pavlov State Medical University of St. Petersburg of MoH of Russia, Saint Petersburg, the Russian Federation

The article describes the stages of forming modern concepts of the Pancoast tumor, clinically manifested by pain syndrome and eye disorders. The established eponym of the tumor and syndrome includes the name of American radiologist H.K. Pancoast, who extensively described the clinical and radiological semiotics of the tumor and gave it the name «superior pulmonary sulcus tumor» in 1924 and 1936. Despite nearly 100 years having passed since then, the validity of the name, anatomical aspect, organ origin of the tumor, its histogenesis, and the characteristics of its clinical course remain the subject of discussion until now. The historical priority of describing the tumor and syndrome belongs to English surgeon E.S. Hare; however, his discovery became widely known after the eponym associated with H.K. Pancoast's name emerged. Misconceptions regarding Pancoast's concept of this tumor and its name, «superior pulmonary sulcus tumor,» continue to be found in scientific publications to the present day.

Keywords: Pancoast tumor; Pancost syndrome; superior pulmonary sulcus

For citation: Kurchyn VP, Akopov AL, Kuznetsova TA. Superior pulmonary sulcus (Pancoast) tumor: historical aspect, terms and definitions. *Voprosy Onkologii.* 2023;69(3):565-570. doi: 10.37469/0507-3758-2023-69-3-565-570

Сведения об авторах:

Курчин Вячеслав Петрович, д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр. лаборатории торакальной онкопатологии ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»; +37529352-50-63, SPIN-код: 6881-4631, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3668-0015>, kvp956@rambler.ru.

Акопов Андрей Леонидович, д-р мед. наук, проф., руководитель отдела торакальной хирургии, заведующий кафедрой клинической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России; +7(921)939-37-23, SPIN-код: 3949-9347, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8698-7018>, akopovand@mail.ru.

Кузнецова Татьяна Анатольевна, канд. мед. наук, врач-рентгенолог отделения лучевой диагностики ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», 223040, Минский р-н, агр. Лесной; +37529669-31-35, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3854-8074>, taniac50@rambler.ru.

Kurchin Vyacheslav Petrovich, DSc (Med.), Prof., Chief Researcher at the Laboratory of Thoracic Oncopathology, N.N. Alexandrov National Cancer Centre, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3668-0015>, SPIN code: 6881-4631. Correspondence address: N.N. Alexandrov National Cancer Centre (agr. Lesnoy Minsk district, 223040), Laboratory of Thoracic Oncopathology, Chief Researcher Kurchin V.P., e-mail: kvp956@rambler.ru, tel.: +37529352-50-63.

Akopov Andrey Leonidovich, DSc (Med.), Prof., Head of the Department of Thoracic Surgery, Head of the Department of Clinical Anatomy and Operative Surgery, First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, email: akopovand@mail.ru, tel.: +7(921)939-37-23, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8698-7018>, SPIN code: 3949-9347.

Kuznetsova Tatiana Anatolyevna, PhD (Med.), Radiologist at the Department of Radiological Diagnostics, N.N. Alexandrov National Cancer Centre, agr. Lesnoy Minsk district, 223040, e-mail: taniac50@rambler.ru, tel.: +37529 669-31-35, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3854-8074>.