

*Михаил Иванович Давыдов¹, Борис Евсеевич Полоцкий²,
Элер Эргашбоевич Жураев³, Татьяна Анатольевна Богуш⁴,
Константин Константинович Лактионов⁵, Бахром Бахтиярович Ахмедов⁶,
Ариф Керимович Аллахвердиев⁷*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО У ЖЕНЩИН

¹ Академик РАН и РАМН, профессор, г. м. н., директор РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН
(115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

² Д. м. н., ведущий научный сотрудник, торакальное отделение, торакоабдоминальный отдел НИИ
клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

³ Соискатель, торакальное отделение, торакоабдоминальный отдел НИИ клинической онкологии
РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁴ Д. м. н., заведующая, лаборатория медицинской химии НИИ экспериментальной диагностики и
терапии опухолей РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁵ Д. м. н., ведущий научный сотрудник, торакальное отделение, торакоабдоминальный отдел НИИ
клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁶ К. м. н., научный сотрудник, торакальное отделение, торакоабдоминальный отдел НИИ клинической
онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁷ К. м. н., научный сотрудник, торакальное отделение, торакоабдоминальный отдел НИИ клинической
онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии
РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, торакальное отделение, Жураев Элер Эргашбоевич;
e-mail: e_juraev@mail.ru

Цель исследования — сравнительная оценка клинико-морфологических характеристик рака легкого и результатов хирургического лечения у женщин и мужчин для уточнения современных подходов к лечению и улучшения его результатов. В исследование включены 2343 больных с морфологически верифицированным диагнозом немелкоклеточного рака легкого, оперированных в торакальном отделении НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН с 1980 по 2006 г. Периферический рак выявлен у 242 (79,7%) из 310 женщин и у 772 (38%) из 2033 мужчин. Отмечено более агрессивное течение внутригрудного метастазирования у женщин при опухолях Т2 и Т3. При размере опухоли ≥ 5 см общая частота лимфогенного метастазирования у женщин достоверно выше, а частота поражения медиастинальных лимфатических узлов (N2—3) выше при размере опухоли более 3 см ($p < 0,001$). Анализ выживаемости позволил выявить статистически значимое влияние пола на прогноз заболевания. При периферической аденокарциноме без метастазов в лимфатических узлах выживаемость женщин достоверно выше. При плоскоклеточном раке легкого достоверных различий по выживаемости у женщин и мужчин не выявлено как при N0, так и при N+.

Ключевые слова: рак легкого, женщины, лимфогенное метастазирование, выживаемость.

Общеизвестна высокая заболеваемость и смертность от рака легкого (РЛ), в то же время распространенность этого заболевания неодинакова среди мужчин и женщин: последние заболевают значительно реже. Однако их соотношение изменилось с 3,65 в 1975 г. до 1,65 в

1999 г. [1]. В 2005 г. в США выявлены 172 570 больных РЛ (из них 79 560 женщин), при этом 163 510 пациентов (из них 73 020 женщин) умерли от этого заболевания [2]. В России смертность женщин от РЛ занимает 5-е ранговое место [3]. При этом РЛ у женщин является одной из малоизученных проблем клинической онкологии.

В литературе слабо освещены особенности внутригрудного лимфогенного метастазирования у женщин. Ряд авторов отмечают, что прогноз локализованных форм немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) у жен-

© Давыдов М. И., Полоцкий Б. Е., Жураев Э. Э.,
Богуш Т. А., Лактионов К. К., Ахмедов Б. Б.,
Аллахвердиев А. К., 2011
УДК 616.24-006.6-071-055.2:616.423-006.6-033.2

щин более благоприятный, чем у мужчин, как после хирургического лечения, так и после лучевой терапии [4]. Ретроспективный анализ данных о 7553 больных РЛ, получивших лечение в 1974—1998 гг., показал, что медиана продолжительности жизни мужчин составила 10,3 мес, а женщин — 12,4 мес ($p = 0,0001$) [5]. Еще в одном ретроспективном исследовании [6] выявлено, что у женщин прогноз более благоприятный после хирургического лечения: средняя продолжительность жизни составила 41,8 мес против 26,9 мес у мужчин ($p = 0,007$). В Великобритании при проспективном исследовании с участием 833 оперированных больных РЛ 5-летняя выживаемость у мужчин составила 36,5%, у женщин — 48% ($p = 0,01$) [7]. Дихотомия распределения РЛ у женщин (превалирование I и IV стадии) приводит к тому, что при анализе больших групп больных формально результаты лечения у женщин и мужчин становятся одинаковыми.

Однако, несмотря на многочисленность публикаций, нет единого мнения о клиническом течении заболевания и результатах лечения у женщин. Поэтому представляет интерес сравнительная оценка результатов хирургического лечения немелкоклеточного периферического (как наиболее частой формы у женщин) РЛ у больных мужчин и женщин для уточнения современных подходов к лечению в целях улучшения результатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В торакальном отделении НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН с 1980 по 2006 г. оперированы 2344 больных с морфологически верифицированным диагнозом НМРЛ. Среди них было 310 (13,2%) женщин, а соотношение мужчин и женщин составило 7,5:1.

Периферический РЛ выявлен у 242 (79,7%) из 310 женщин и у 772 (38%) из 2033 мужчин. Соотношение периферического и центрального рака у женщин составило 78,7 и 21,3%, у мужчин — 62 и 38% соответственно ($p < 0,00001$).

Распространенность опухолевого процесса определяли с помощью стандартных методов обследования, которые в разные периоды работы включали рентгеномтографию органов грудной клетки, фибробронхоскопию (бронхоскопию), УЗИ регионарных зон метастазирования, рентгеновскую компьютерную томографию органов грудной клетки, головного мозга, радиоизотопную скintiграфию скелета, а также при необходимости другие методы анатомической и функциональной визуализации (магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография и др.).

Для корректного анализа материала, накопленного за длительный период, у отдельных больных стадии заболевания были пересмотрены. За основу была взята классификация TNM Всемирной организации здравоохранения в редакции 1997 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Демографические особенности

Возраст женщин колебался от 25 до 80 лет ($57,3 \pm 10,2$ года), возраст мужчин — от 24 до 79 ($56,6 \pm 7,7$ года). Различия между средним возрастом мужчин и женщин статистически незначимы ($p = 0,1$).

При распределении больных на возрастные группы (I — моложе 45 лет, II — 45—55 лет, III — 55 лет и старше — постменопауза) выявлено, что в I группе соотношение мужчин и женщин составило 3,6:1, во II — 8,4:1, в III — 6,2:1. Различия между числом мужчин и женщин при сравнении I и II, I и III групп, а также I и объединенных II и III групп были статистически значимыми ($p = 0,0001$, $p = 0,0004$ и $p = 0,0006$ соответственно). Различия между числом мужчин и женщин при сравнении III и объединенных I и II групп отсутствовали ($p = 0,4$). В группе больных моложе 45 лет доля женщин составила 0,219, в группе 45—55 лет — 0,106. Различия долей были статистически значимы и составили 11,3% при 95% доверительном интервале (ДИ) от 5,7 до 16,8.

Локализация опухоли

При анализе локализации периферического РЛ выявлено, что у женщин левостороннее поражение встречалось статистически значимо реже, чем правостороннее (39,8 и 60,2% соответственно; $p = 0,0001$). Левая верхняя доля поражалась в 59,2%, нижняя — в 40,8% случаев ($p = 0,02$); правая верхняя доля поражалась в 53,7%, средняя — в 16,3%, нижняя — в 29,3% случаев. У одной (0,7%) больной выявлено одновременное поражение верхней и нижней долей правого легкого. Различия по частоте локализации опухоли в разных долях справа статистически незначимы.

При сравнении больных периферическим РЛ разных полов обращает на себя внимание более высокая частота поражения средней доли у женщин: 9,8% против 3,2% у мужчин ($p = 0,0001$).

Гистологическая структура опухоли

Распределение больных в зависимости от гистологического строения опухоли представлено в табл. 1. Обращает на себя внимание преобладание аденогенного рака у женщин.

Таблица 1
Гистологическая структура периферического рака в зависимости от пола больных^a

Структура опухоли	Периферический рак		p
	женщины	мужчины	
Аденокарцинома	165 (67,6)	277 (35,9)	< 0,0001
Плоскоклеточный рак	46 (18,9)	431 (55,8)	< 0,0001
Бронхиолоальвеолярный рак	25 (10,2)	20 (2,6)	< 0,001
Редкие формы	8 (3,3)	19 (2,5)	> 0,05
Крупноклеточный рак	—	25 (3,2)	—
Всего	244 (100)	772 (100)	—

^a В скобках указаны проценты.

Лимфогенное метастазирование периферического РЛ

Сравнительная оценка метастазирования в регионарные лимфатические узлы в зависимости от локализации опухоли позволила выявить более агрессивное течение заболевания у женщин при поражении верхней доли (табл. 2). Общая частота внутригрудного метастазирования у них составила 55,1%, у мужчин — 38,3% ($p < 0,001$). Следует отметить, что при верхнедолевой локализации опухоли частота поражения лимфоколлекторов N1 у мужчин и женщин статистически значимо не различается (14,5 и 19,8% соответственно), тогда как для N2 различия статистически значимы (22,7 и 32,3% соответственно; $p < 0,05$).

При локализации опухоли в средней доле легкого как у мужчин, так и у женщин выявлено статистически значимо менее агрессивное, чем при поражении верхней доли, лимфогенное метастазирование (19,2% против 38,3% и 33,3% против 55,1% соответственно; $p < 0,05$). При сравнении с нижней долей статистически значимые различия получены только у мужчин. Однако статистически значимых различий по частоте лимфогенного метастазирования при среднедолевом поражении легкого у мужчин и женщин не получено.

Частота поражения лимфатических узлов при раке нижней доли была практически одинаковой в обеих группах (43,9 и 39,5% соответственно). Не выявлено статистически значимых различий и при верхнедолевой локализации опухоли (55,1 и 38,3% соответственно). Отмечается также одинаковая частота поражения лимфатических узлов N1 и N2 в группах больных при нижнедолевой локализации опухоли.

Анализ частоты лимфогенного метастазирования периферического РЛ показал, что в группах с прогрессированием от T1 к T4 закономерно возрастает общая частота метастатического поражения внутригрудных лимфатических узлов как у мужчин, так и у женщин. Причем у больных женщин при опухолях T1 общая частота лимфо-

генного метастазирования статистически значимо ниже, чем при всех других стадиях: 32,2% — при T1, 52,5% — при T2 ($p < 0,01$), 75% — при T3 ($p < 0,001$), 89,5% — при T4 ($p < 0,0001$). При этом различия для групп T2 и T3 статистически незначимы, а для групп T2 и T4 статистически высокосignификантны ($p < 0,0001$), различие между T2 и объединенной группой T3—4 — статистически значимо ($p < 0,001$), а между T3 и T4 — нет.

Мы также сравнили частоту лимфогенного метастазирования периферического РЛ у мужчин и женщин в зависимости от индекса Т. У женщин отмечены достоверно более высокие показатели во всех группах, кроме T1 (соответственно T1 — 32,2 и 27%, $p > 0,05$; T2 — 52,5 и 39,3%, $p < 0,02$; T3 — 75 и 41,3%, $p < 0,01$; T4 — 89,5 и 67,6%, $p < 0,05$).

Таким образом, при периферическом РЛ с увеличением индекса Т выявлено увеличение частоты лимфогенного метастазирования. При сравнении обеих групп отмечено более агрессивное течение внутригрудного метастазирования у женщин при опухолях более T1.

Данные лимфогенного метастазирования периферического РЛ в зависимости от размера первичной опухоли отражены в табл. 3.

Статистически значимые различия по частоте поражения регионарных лимфатических узлов у мужчин и женщин выявлены только в группе с размером опухоли больше 5 см (72,3 и 43,4% соответственно; $p < 0,0001$). Следует отметить, что частота метастазирования в медиастинальные лимфатические узлы (N2—3) у женщин статистически значимо выше уже при размере первичного очага 3—5 см — 34,8% против 14,4% ($p < 0,01$); а при размере первичного очага более 5 см — 57,5% против 27,1% (различия статистически высокосignификантны; $p < 0,001$).

Таким образом, у больных мужчин и женщин при периферическом РЛ с увеличением размера первичной опухоли отмечено увеличение частоты лимфогенного метастазирования в целом. Опухоли от 3 до 5 см и более

Таблица 2

Характеристика лимфогенного метастазирования периферического РЛ в зависимости от локализации опухоли в легком^a

pN	Локализация опухоли в легком					
	верхняя доля		средняя доля		нижняя доля	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины
pN+	75 (55,1)	187 (38,3)	8 (33,3)	5 (19,2)	36 (43,9)	98 (39,5)
pN0	61 (44,9)	301 (61,7)	16 (66,7)	21 (80,8)	46 (56,1)	150 (64,5)
pN1	27 (19,8)	71 (14,5)	3 (12,5)	1 (3,8)	12 (14,6)	50 (20,1)
pN2	44 (32,3)	111 (22,7)	5 (20,8)	4 (15,3)	24 (29,2)	47 (18,9)
pN3	4 (2,9)	5 (1)	0	0	0	1 (0,4)
Всего	136 (100)	488 (100)	24 (100)	26 (100)	82 (100)	248 (100)

^a В скобках указаны проценты.

Таблица 3

Лимфогенное метастазирование периферического РЛ в зависимости от размера первичного опухолевого очага^а

pN	Размер опухоли, см					
	0—3		3,1—5		> 5	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины
pN+	48 (40)	69 (30,7)	22 (47,8)	45 (32,4)	34 (72,3)	106 (43,4)
pN0	72 (60)	156 (69,3)	24 (52,2)	94 (67,6)	13 (27,7)	138 (46,6)
pN1	25 (20,8)	30 (13,3)	6 (13)	25 (18,0)	7 (14,9)	40 (16,4)
pN2	23 (19,2)	37 (16,4)	16 (34,8)	20 (14,4)	26 (55,3)	63 (25,8)
pN3	0	2 (1)	0	0	1 (2,1)	3 (1,2)
Всего	120 (100)	225 (100)	46 (100)	139 (100)	47 (100)	244 (100)

^а В скобках указаны проценты.

5 см у женщин характеризовались более агрессивным течением лимфогенного метастазирования, в первую очередь за счет более высокой частоты поражения медиастинальных узлов.

Анализ частоты лимфогенного метастазирования периферической аденокарциномы показал, что у женщин она статистически значимо выше, чем у мужчин (52,4 и 39,1% соответственно; $p < 0,01$). При сравнении частоты метастазирования в лимфатические коллекторы разных уровней поражение лимфатических узлов N1 выявлено у 18,3% женщин и 15,9% мужчин ($p = 0,6$); поражение лимфатических узлов N2 — у 32,9 и 21,7% соответственно ($p < 0,02$). Частота поражения лимфатических узлов N3 у женщин и мужчин практически не различалась. Для женщин, таким образом, характерно более агрессивное метастазирование периферического РЛ со значимым преобладанием поражения лимфатических узлов средостения.

Периферический плоскоклеточный РЛ у женщин также характеризовался более высокой частотой поражения регионарных лимфатических узлов — 52,2% против 37,1% у мужчин, однако различия статистически незначимы ($p < 0,1$). Аналогичный результат получен и для частоты поражения лимфоколлекторов N2 — 34,8% против 20,9% ($p < 0,1$).

Выживаемость больных при периферическом РЛ

При сравнении 3-летней выживаемости мужчин и женщин, больных периферическим РЛ всех стадий, и гистологических форм констатировано, что у женщин прогноз более благоприятный, чем у мужчин (68,9 и 54,5% соответственно; $p = 0,03$) (рис. 1). Общая 5- и 10-летняя выживаемость у женщин составила соответственно 38,8 и 26,9%, у мужчин — 37,5 и 25,5%. Безрецидивная выживаемость при периферическом РЛ у женщин и мужчин статистически значимо не различалась (рис. 2). Так, 5-летняя выживаемость у женщин составила 36,4%, у мужчин — 37,2% ($p = 0,55476$).

Не вызывает сомнения прогностическая значимость поражения лимфатических узлов при РЛ. В связи с этим мы анализировали выживаемость при периферическом РЛ с разделением больных на 2 группы: с метастатическим поражением лимфатических узлов и без такового. Общая выживаемость у женщин с периферическим РЛ (без стратификации по гистологическим формам) в зависимости от состояния регионарных лимфатических узлов представлена на рис. 3. При N0 3-летняя выживаемость составила 72,8%, 5-летняя — 57,9%, при N+ — 36,8 и 29,2% соответственно ($p < 0,000001$).

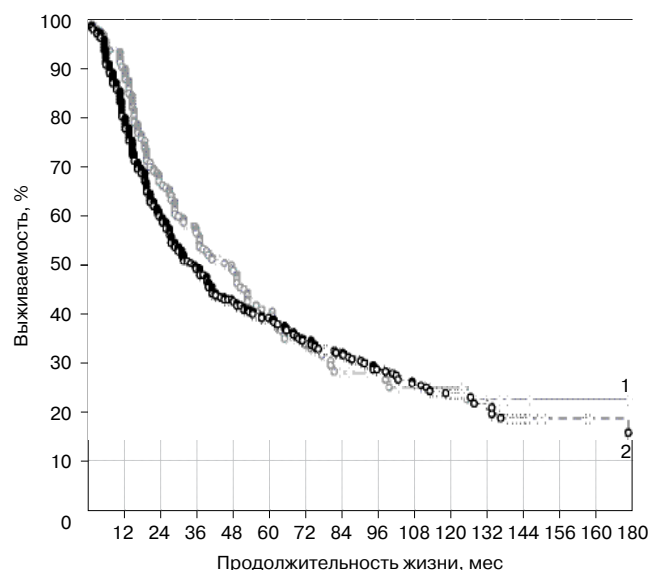


Рисунок 1. Общая выживаемость при периферическом РЛ всех стадий и гистологических форм в зависимости от пола больных. Кружочками обозначены завершённые наблюдения, крестиками — цензурированные. 1 — женщины; 2 — мужчины.

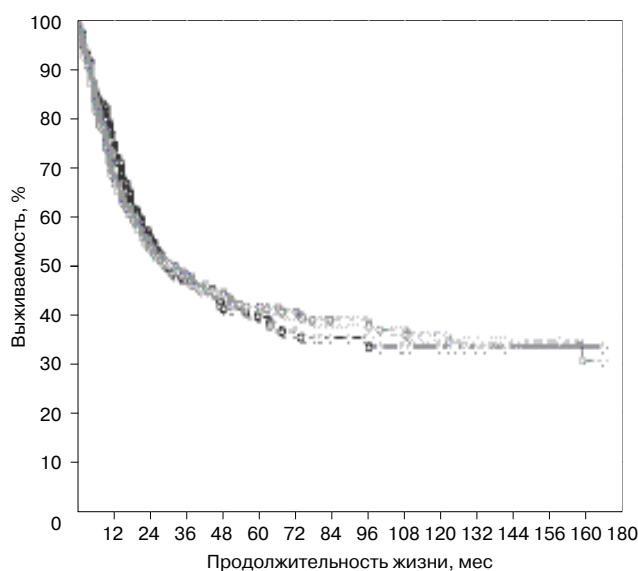


Рисунок 2. Безрецидивная выживаемость при периферическом РЛ всех стадий и гистологических форм в зависимости от пола больных. Кружочками обозначены завершённые наблюдения, крестиками — цензурированные. 1 — женщины; 2 — мужчины.

Аналогичная картина наблюдается и для безрецидивной выживаемости (рис. 4). При N0 3-летняя безрецидивная выживаемость составила 65,9%, 5-летняя — 57,7%, при N+ — 26,3 и 22,1% соответственно ($p < 0,000001$).

Анализировали также выживаемость больных периферическим РЛ в зависимости от гистологического типа. Изучены две группы больных: аденокарциномой и плоскоклеточным раком.

Общая выживаемость при периферической аденокарциноме легкого у женщин в зависимости от стадии представлена в табл. 4.

Таблица 4
Общая выживаемость женщин с периферической аденокарциномой легкого в зависимости от стадии

Стадия	Общая выживаемость, %	
	3-летняя	5-летняя
IA	72,9	65,2
IB	68,9	47,4
IIA	68	68
IIB	44,4	27,8
IIIA	37,1	24
IIIB	25	15
IV	0	0

Таблица 5

Общая выживаемость женщин, больных периферическим плоскоклеточным РЛ, в зависимости от стадии

Стадия	Общая выживаемость, %		
	3-летняя	5-летняя	10-летняя
IA	100	60	0
IB	85,1	77,1	50,6
IIA—IIB	75	75	37,5
IIIA	31,5	31,5	10,5
IIIB	0	0	0

Сравнивая выживаемость больных в зависимости от пола, мы получили следующие результаты. В отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах прогноз достоверно более благоприятный у женщин (рис. 5). У них 3-летняя выживаемость составила 67,8% против 57,5% в группе мужчин, 5-летняя — 52,6 и 45,7%, 10-летняя — 37,9 и 30,6% соответственно ($p = 0,01102$).

При поражении регионарных лимфатических узлов (N+) различия по выживаемости в группах женщин и мужчин становятся минимальными и теряют статистическую значимость. Так, общая 3-, 5- и 10-летняя выживаемость у женщин составила 37,5, 20,3 и 20,3%, а у мужчин — 30,8, 22,3 и 17,2% соответственно ($p = 0,28189$) (рис. 6).

Общая выживаемость женщин, больных периферическим плоскоклеточным РЛ, в зависимости от стадии отражена в табл. 5, а в зависимости от состояния

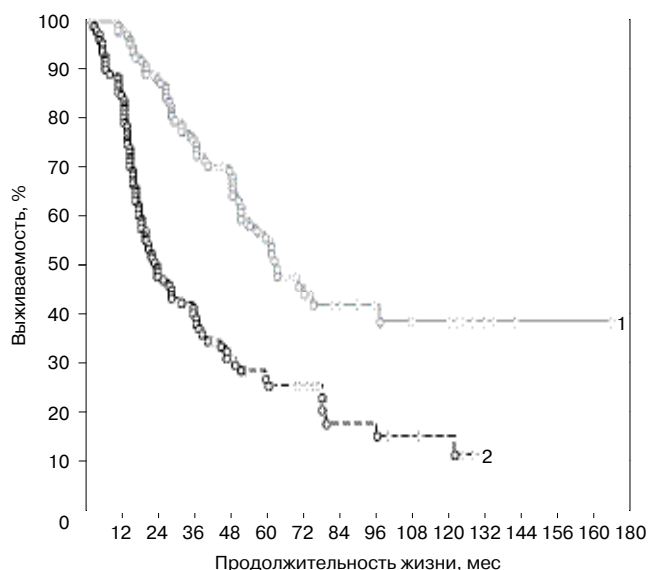


Рисунок 3. Общая выживаемость женщин при периферическом РЛ в зависимости от состояния регионарных лимфатических узлов. Кружочками обозначены завершённые наблюдения, крестиками — цензурированные. 1 — N0; 2 — N+.

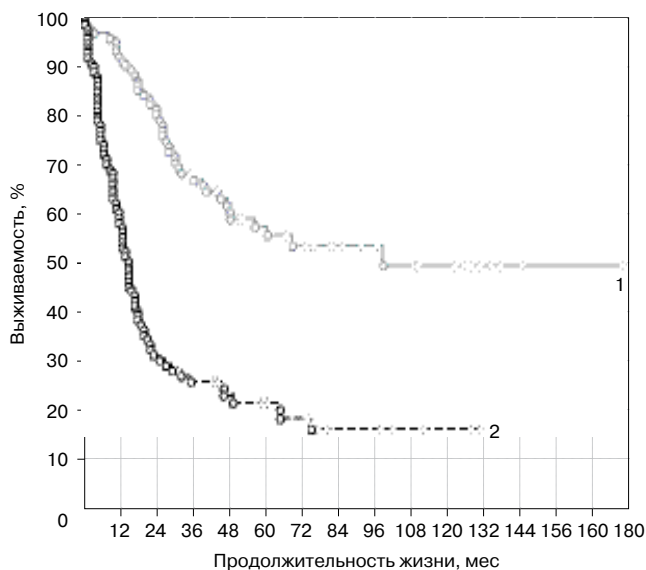


Рисунок 4. Безрецидивная выживаемость женщин при периферическом РЛ в зависимости от состояния регионарных лимфатических узлов. Кружочками обозначены завершённые наблюдения, крестиками — цензурированные. 1 — N0; 2 — N+.

лимфатических узлов — на рис. 7. При N0 3-летняя выживаемость составила 81,8%, 5-летняя — 69,1%, 10-летняя — 48,4%; при N+ — 41,7; 41,7 и 14,9% соответственно ($p = 0,02255$).

При плоскоклеточном раке, в отличие от аденокарциномы, пол больных при учете состояния регионарных лимфатических узлов не влиял на прогноз. На рис. 8 представлена общая выживаемость при периферическом

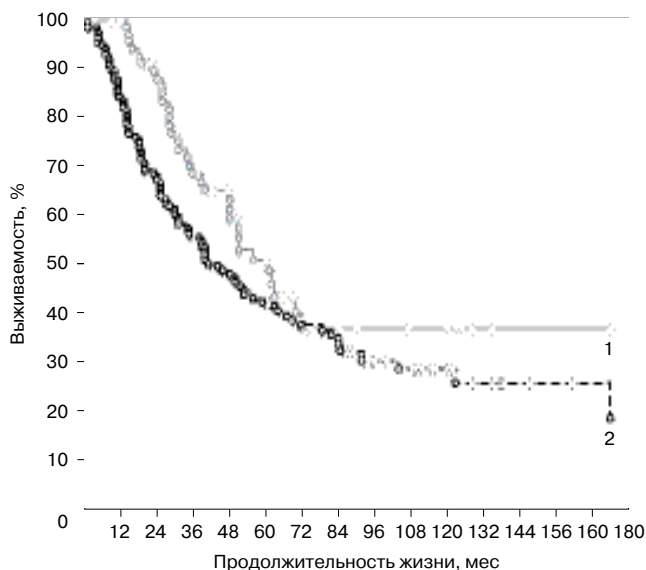


Рисунок 5. Общая выживаемость больных периферической аденокарциномой легкого без метастазов в регионарных лимфатических узлах в зависимости от пола. Кружочками обозначены завершённые наблюдения, крестиками — цензурированные. 1 — женщины; 2 — мужчины.

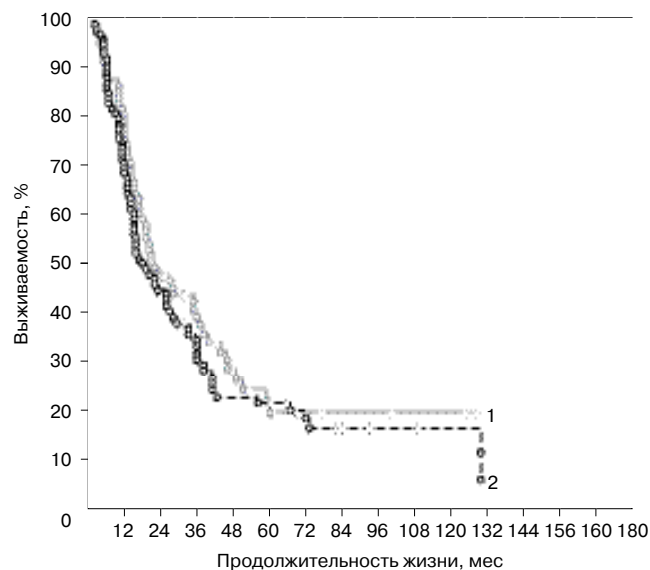


Рисунок 6. Общая выживаемость больных периферической аденокарциномой легкого с метастазами в регионарных лимфатических узлах в зависимости от пола. Кружочками обозначены завершённые наблюдения, крестиками — цензурированные. 1 — женщины; 2 — мужчины.

плоскоклеточном РЛ без поражения регионарных лимфатических узлов в зависимости от пола. Выживаемость женщин и мужчин достоверно не различалась: 3-летняя составила 80,6 и 62,3%, 5-летняя — 69,5 и 53,7%, 10-летняя — 50,9 и 31,6% соответственно ($p = 0,095$).

При поражении регионарных лимфатических узлов (N+) также не отмечено статистически значимых различий между группами. Общая выживаемость приведена

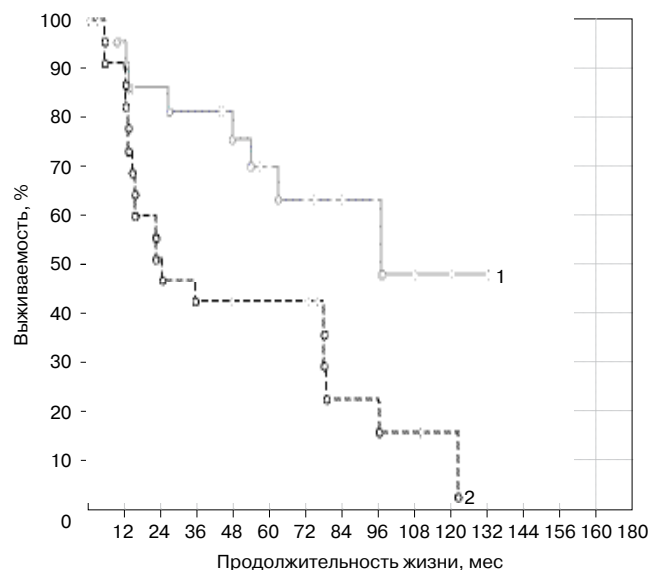


Рисунок 7. Общая выживаемость женщин при периферическом плоскоклеточном РЛ в зависимости от состояния регионарных лимфатических узлов. Кружочками обозначены завершённые наблюдения, крестиками — цензурированные. 1 — N0; 2 — N+.

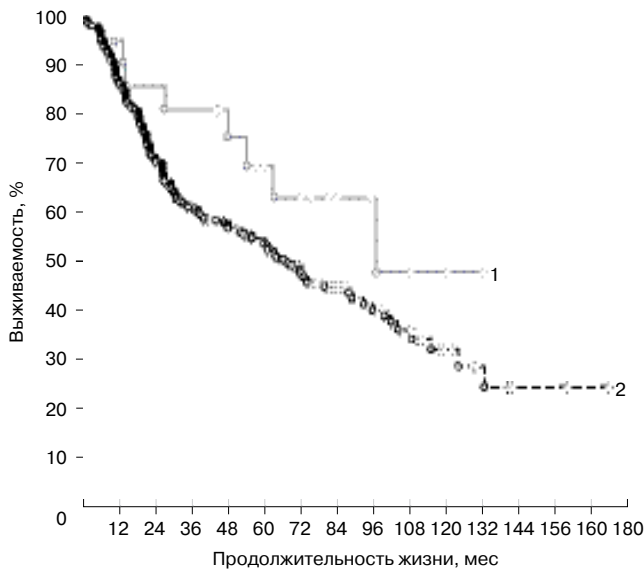


Рисунок 8. Общая выживаемость при периферическом плоскоклеточном РЛ без метастазов в регионарных лимфатических узлах в зависимости от пола больных. Крестиками обозначены завершённые наблюдения, кружочками — цензурированные. 1 — женщины; 2 — мужчины.

на рис. 9. У женщин 3-летняя выживаемость составила 42,6%, 5-летняя — 42,1%, 10-летняя — 5,3%; у мужчин — 36,7, 27,6 и 13,6% соответственно ($p = 0,365$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате анализа характера лимфогенного метастазирования периферического РЛ у женщин выявлены следующие закономерности: с увеличением индекса Т возрастает частота лимфогенного метастазирования. При сравнении обеих групп отмечено более агрессивное течение внутригрудного метастазирования у женщин при Т2 и Т3.

У больных мужчин и женщин при периферическом РЛ с увеличением размера первичной опухоли отмечено возрастание частоты лимфогенного метастазирования в целом. Общая частота лимфогенного метастазирования у женщин статистически значимо выше только в группе с первичной опухолью размером 5 см и более, однако частота поражения медиастинальных лимфатических узлов (N2—3) выше уже при размере опухоли более 3 см ($p < 0,001$).

Анализ нашего материала показал, что прогноз при периферическом РЛ без выделения групп по гистологическим формам статистически значимо лучше у женщин. Вероятнее всего, это связано с преобладанием у них аденокарциномы без метастазов в лимфатических узлах, так как при детализированном анализе с учетом гистологической формы опухоли и состояния регионарных лимфатических узлов выявлено значимое влияние пола на прогноз заболевания. При периферической аденокарциноме легкого без метастазов в лимфатических

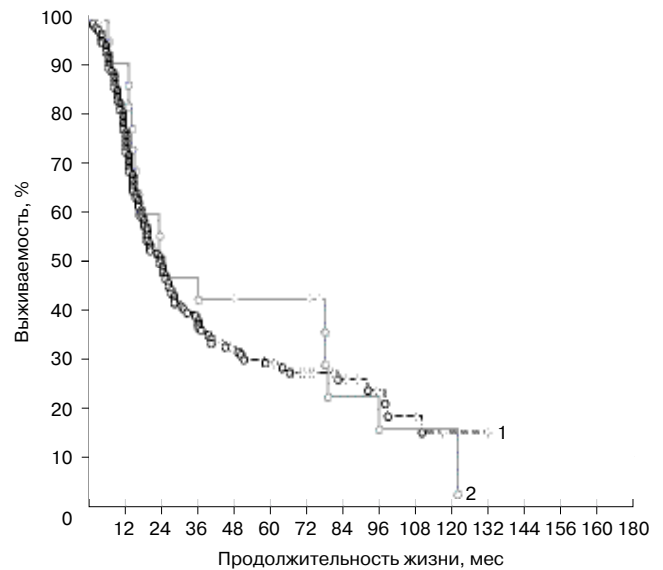


Рисунок 9. Общая выживаемость при периферическом плоскоклеточном РЛ с метастазами в регионарных лимфатических узлах в зависимости от пола больных. Крестиками обозначены завершённые наблюдения, кружочками — цензурированные. 1 — мужчины; 2 — женщины.

узлах выживаемость женщин статистически значимо выше, чем у мужчин. При метастазах в лимфатических узлах различия по выживаемости минимальны и теряют статистическую значимость. При плоскоклеточном РЛ статистически значимых различий по прогнозу в группах женщин и мужчин не выявлено как при N0, так и при N+. Поражение лимфатических узлов у женщин — достоверный неблагоприятный прогностический фактор независимо от гистологической формы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lung cancer in women: analysis of the national surveillance, epidemiology, and end results database / Fu J. B., Kau T. Y., Severson R. K., Kalemkerian G. P. // *Chest*. — 2005. — Vol. 127. — P. 768—777.
2. Cancer statistics, 2005 / Jemal A., Murray T., Ward E., Samuels A., Tiwari R. C., Ghafoor A. // *CA Cancer J. Clin.* — 2005. — Vol. 55. — P. 10—30.
3. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // *Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН*. — 2009. — Т. 20, № 3 (прил. 1). — С. 77.
4. Sex differences in presentation, management and prognosis of patients with non-small cell lung carcinoma / De Perrot M., Licker M., Bouchardy C., Usel M., Robert J., Spiliopoulos A. // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 2000. — Vol. 119. — P. 21—26.
5. Moore K. A., Mery C. M., Jaklitsch M. T. Menopausal effects on presentation, treatment, and survival of women with non-small cell lung cancer // *Ann. Thorac. Surg.* — 2003. — Vol. 76 — P. 1789—1795.
6. Sex-associated differences in presentation and survival in patients with lung cancer / Ferguson M. K., Skosey C., Hoffman P. C., Golomb H. M. // *J. Clin. Oncol.* 1990. — Vol. 8. — P. 1402—1407.
7. Alexiou C., Onyeaka C. V., Beggs D. Do women live longer following lung resection for carcinoma? // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* — 2002. — Vol. 21. — P. 319—325.

Поступила 15.10.2011

*Mikhail Ivanovich Davydov¹, Boris Evseyevich Polotskiy²,
Eler Ergashboyevich Jurayev³, Tatiana Anatolievna Bogush⁴,
Konstantin Konstantinovich Laktionov⁵, Bakhrom Bakhtiyarovich Akhmedov⁶,
Arif Kerimovich Allakhverdiyev⁷*

CHARACTERISTICS OF CLINICAL COURSE AND PROGNOSIS OF PERIPHERAL LUNG CANCER IN WOMEN

¹ MD, PhD, DSc, Professor, Academician of RAS and RAMS, Director, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

² MD, PhD, DSc, Leading Researcher, Thoracic Unit, Thoracoabdominal Department, Clinical Oncology
Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

³ Applicant, Thoracic Unit, Thoracoabdominal Department, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

⁴ MD, PhD, DSc, Head, Medical Chemistry Laboratory, Tumor Experimental Diagnosis and Therapy Research
Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

⁵ MD, PhD, DSc, Leading Researcher, Thoracic Unit, Thoracoabdominal Department, Clinical Oncology
Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

⁶ MD, PhD, Researcher, Thoracic Unit, Thoracoabdominal Department, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

⁷ MD, PhD, Researcher, Thoracic Unit, Thoracoabdominal Department, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

Address for correspondence: Zhurayev Eler Ergashboyevich, Thoracic Unit, Thoracoabdominal Department,
Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF;
e-mail: e_juraev@mail.ru

The purpose of this study was to compare clinicomorphological characteristics and surgical treatment outcomes in women and men with lung cancer in order to specify contemporary approaches to the treatment and to improve outcomes. A total of 2,343 patients with morphologically verified non-small cell lung cancer receiving surgical treatment at the Thoracic Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC during 1980 through 2006 were enrolled. Peripheral cancers were discovered in 242 (79.7%) of 310 women and in 772 (38%) of 2,033 men. Women with T2 and T3 disease demonstrated a more aggressive course of intra-thoracic metastases. Overall frequency of lymphogenic metastasis in women was significantly higher if their tumors were ≥ 5 cm, and frequency of mediastinal lymph node involvement (N2—3) was higher with tumors > 3 cm ($p < 0.001$). Analysis of survival demonstrated a statistically significant relationship between gender and prognosis. Women with peripheral adenocarcinoma and node negative status had a significantly higher survival than men. While for squamous cell carcinoma of the lung there were no statistically significant differences in survival between women and men either in N0 or N-positive disease.

Key words: lung cancer, women, lymphogenic metastasis, survival.