

А.А. Солтанов

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

*Национальный центр онкологии МЗ
Азербайджанской Республики*

Рак легкого – одна из основных причин смерти от злокачественных опухолей в мире [11].

Одной из классификаций рака легкого является клиничко-анатомическая классификация рака легкого, предложенная А.Ю. Савицким (1957).

Наиболее часто встречающимися видами в клинике являются центральный рак и периферический рак, которые отличаются друг от друга по анатомическому расположению, симптоматике и клиническому течению. Центральный рак поражает крупные бронхи (главные, долевы́е и сегментарные), периферический – субсегментарные и более мелкие бронхи.

В связи с развитием бронхоскопической техники в последние десятилетия стали доступны осмотру не только сегментарные бронхи, но и их субсегментарные ветви, т.е. бронхи 4-го порядка. Соответственно и дистальная граница центрального рака сместилась: это опухоль, поражающая главные, промежуточный, долевы́е, сегментарные и субсегментарные бронхи. Опухоль, источником которой является еще более мелкий бронх, при наличии выраженного перибронхиального узла, рассматривается как периферический рак [3, 5, 8,12]. Трансторакальная пункция, выполняемая под контролем КТ или рентгеноскопии, является методом выбора для диагностики периферического рака легкого, особенно размером менее 3 см. Диагностическая эффективность ее составляет 80–95% [1,10]. Вместе с тем отрицательный ответ ТТП не исключает диагноза рака, так как у 20 – 30% таких пациентов впоследствии устанавливается злокачественный характер поражения. Несмотря на разные диагностические процедуры для взятия биоптатов опухоли с поддержкой фибробронхологических и КТ исследований в 46,2% случаев предоперационно диагноз рака при небольших периферических раках гистологически не подтверждается [12]. С увеличением возможностей лучевых диагностических аппаратур в Японии увеличились пропорции IA стадии с 17% в 1970 годы до 37% с 2000 года при периферическом раке [7]. ПЕТ – (позитронно эмиссионно томографические) данные не только могут прогнозировать послеоперационные результаты и могут коррелировать гистологические данные при небольших (<3см) периферических раках легких. Проявление локальных симптомов чаще всего зависит от локализации и размера самой опухоли [5]. Учитывая клиничко-анатомическую форму роста опухоли некоторые симптомы в основном характерны для центрального рака легкого, такие как кашель, выделение мокроты, общая слабость, температурная реакция, кровохарканье, уменьшение массы тела. А клинические проявления для периферического рака более скудные, и сама опухоль часто обнаруживается при флюорографическом исследовании населения или уже в запущенной форме [2,6].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей распространения периферического рака легкого в Азербайджане в зависимости от отдельных факторов риска.

Материалы и методы исследования

Материалами исследования явились данные истории болезней 876 больных раком легкого, обследованных с 1995–2003 гг. в НЦО Азербайджанской республики. Для исследования использованы данные больных, такие как место жительства по регионам Республики, пол, возраст, профессии, семейное положение, наличие вредных привычек, характер питания больных. Учтены и наличие у них ХНЗЛ (хроническое неспецифическое заболевание легких), хронических заболеваний верхних дыхательных путей и туберкулеза легких, локализации опухолевого процесса, клиничко-анатомический рост опухоли, методы верификации, стадия опухолевого процесса и т.д. Возраст больных колебался от 30 до 81 года, средний возраст составил 53 года. Рак легкого, а также его стадия устанавливались на основании данных клиничко-лабораторных, рентгенологических, эндоскопических и морфологических методов исследований. Территория республики условно разделена на 5 регионов. Периферический рак диагностирован у 184 больных. 164 (89,13%) были мужского пола, 20 (10,87%) женского пола. Из 125 (67,93%) городских больных периферическим раком легкого 110 (88%) были мужского пола, 15 (12%) женского пола. Из 59 (32,07%) больных периферическим раком легкого сельских жителей 54 (91,53%) были мужского пола, 5 (8,47%) женского пола.

Статистическую обработку полученных данных проводили с применением пакета программ STATISTICA-6 Base (Basic Statistical Analysis Methods) с использованием 2-Way table summary.

Результаты и обсуждение

Анализируя данные больных, выявлено, что из 184 (21,17%) больных с периферическим раком 125 (67,93%) были жителями городов, 59 (32,07%) жителями сел (График № 1 и таблица № 1).

Высокая частота периферического рака отмечена у городских жителей I региона (I регион включал также города Баку и Сумгаит) и у сельских жителей остальных регионов. Из 129 (70,11%) больных I региона с периферическим раком 113 (87,6%) были городскими жителями, 16 (12,4%) сельскими жителями (таблица № 4).

Выявлено, что рак легкого часто поражает правое легкое (у 516 (59,86%) больных). Также независимо от клиничко-анатомического роста опухоли одинаково часто, примерно 60% [при центральном раке 59,4%, при периферическом раке 61,2%, при медиастинальных (атипических) формах рака 59,85%] рак легкого поражает правое легкое [3] (таблица № 2 и график № 2).

У 112 (61,2%) больных с периферическим раком легкого опухолевый процесс поражал правое легкое, у 69 (37,7%) левое легкое, только у 2 (1,09%) отмечено двустороннее поражение обоих легких больных с периферическим раком легкого. Среди го-

График № 1

Распределение городских и сельских больных раком легкого по клинко-анатомическим формам роста опухоли

Распределение больных раком легкого по клинко-анатомической форме и населенным пунктам

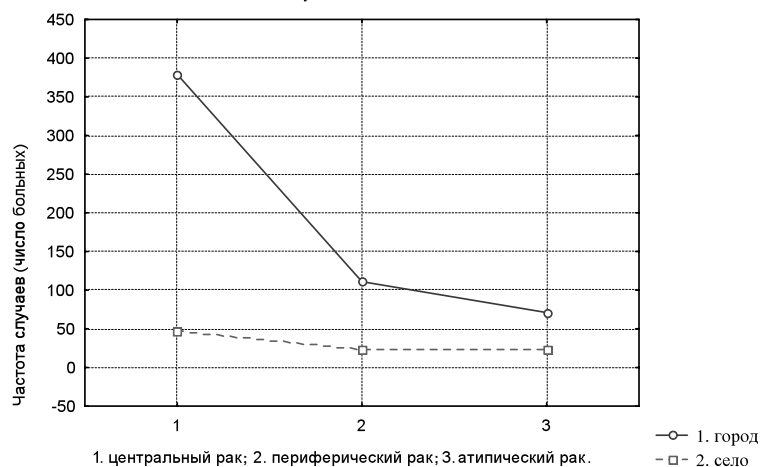


Таблица № 1

Распределение городских и сельских больных раком легкого по клинко-анатомическим формам роста опухоли

Больные	Центр. рак	Периф. рак	Атипич. рак	Итого
Городские жители	425 (77,84%)	125 (67,93%)	94 (67,63%)	644 (74,11%)
Сельские жители	121 (22,16%)	59 (32,07%)	45 (32,37%)	225 (25,89%)
Итого	546 (62,83%)	184 (21,17%)	139 (16%)	869 (100%)

Таблица № 2

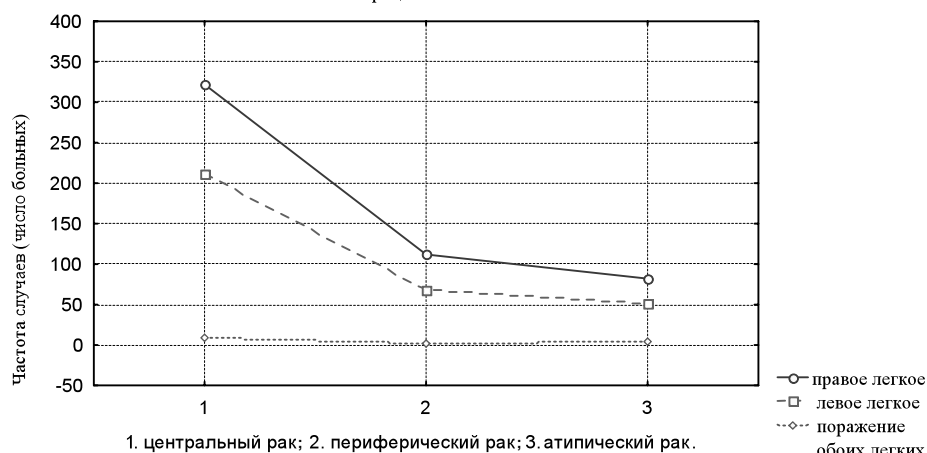
Распределение больных раком легкого по клинко-анатомическому росту и локализации опухолевого процесса

Сторона поражения	Центральный рак	Периферический рак	Атипичский рак	Итого
Правое легкое	322 (59,4%)	112 (61,2%)	82 (59,85%)	516 (59,86%)
Левое легкое	212 (39,1%)	69 (37,7%)	51 (37,22%)	332 (38,51%)
Поражение обоих легких	8 (1,5%)	2 (1,09%)	4 (2,91%)	14 (1,62%)
Итого	542 (62,87%)	183 (21,22%)	137 (15,89%)	862 (100%)

График № 2

Распределение больных раком легкого по клинко-анатомическому росту и локализации опухолевого процесса

Распределение больных раком легкого по локализации и клинко-анатомическому росту опухолевого процесса



родских жителей правостороннее поражение легких отмечено у 79 (63,2%), левостороннее поражение у 44 (35,2%).

Среди 58 (31,69%) сельских больных у 33 (56,9%) диагностировано правостороннее поражение легких, у 25 (43,1%) левостороннее поражение легких, что давало основание заключить: периферический рак легкого часто поражает правое легкое и часто диагностируется у городских жителей.

Одновременное поражение обоих легких отмечено у 14 (1,62%) больных, у 2 (1,09%) среди больных с периферическим раком.

У 6 (3,9%) установлена I, у 31 (20,13%) II, у 72 (46,75%) III, у 45 (29,22%) IV стадия опухолевого процесса. Выявлено, что независимо от сторон поражения опухолевый процесс часто был диагностирован в поздних (III, IV стадиях) стадиях периферического рака легкого (график № 3 и таблица № 3).

График № 3

Клинико-анатомический рост и стадийность опухоли

Распределение больных по клинико-анатомическому росту и стадийности опухолевого процесса.

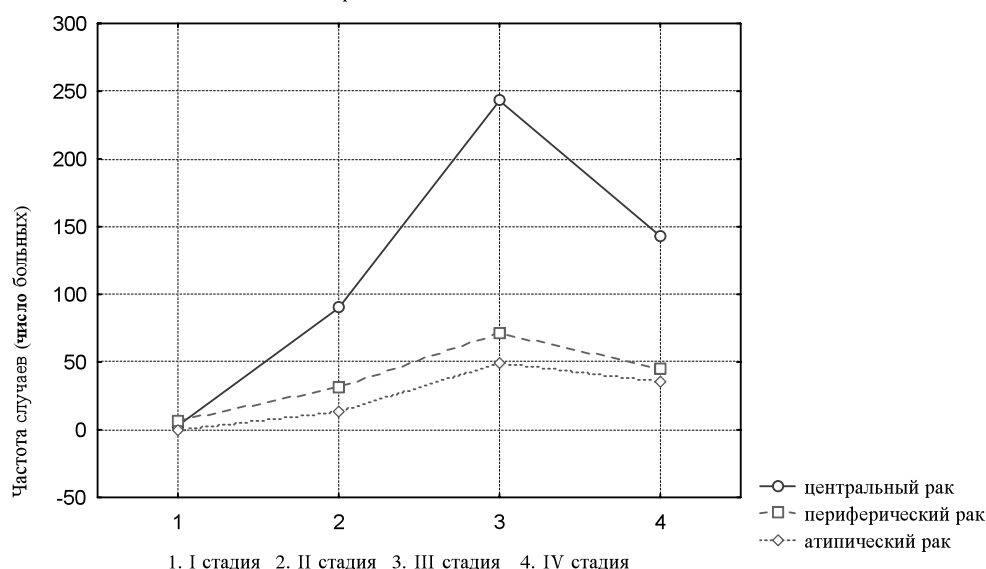


Таблица № 3

Клинико-анатомический рост и стадийность опухолевого процесса

Клинико-анатомический рост опухоли	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия	Итого
Центральный рак	3 (0,62%)	90 (18,78%)	243 (50,73%)	143 (29,85%)	479 (65,52%)
Периферический рак	6 (3,89%)	31 (20,12%)	72 (46,75%)	45 (29,22%)	154 (21,06%)
Атипичский рак	0	14 (14,28%)	49 (50%)	35 (35,71%)	98 (13,4%)
Итого	9 (1,23%)	135 (18,47%)	364 (49,79%)	223 (30,51%)	731 (100%)

Наиболее перспективным путем улучшения результатов лечения рака легкого остается выявление опухоли на ранней стадии, поскольку на стойкое 5%-ное излечение у 60–80% больных можно рассчитывать только после радикальной операции при размерах новообразования до 3 см и отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах, т. е. при I стадии заболевания. К сожалению, несмотря на применение современных инструментальных, морфологических и лабораторных методов, I стадия рака выявляется только у 5–8% заболевших [4].

По поводу периферического рака были оперированы 60 (35,93% из 167) больных. У 11 (18,33%) установлена I стадия, у 19 (31,67%) II стадия, у 30 (50%)

III стадия опухолевого процесса. Из них у 13 (21,67%) была выполнена пневмонэктомия, у 38 (63,33%) лобэктомия, у 5 (8,33%) билобэктомия. У 13 (21,67%) операции были выполнены в стандартных, у 38 (63,33%) в расширенных, у 5 (8,33%) в комбинированных, у 4 (6,67%) в эксплоративных объемах.

Пневмонэктомия была выполнена у 9 (69,23%) больных с III стадией, у 3 (23,08%) со II стадией и у 1 (7,69%) с I стадией опухолевого процесса. Лобэктомия была выполнена у 16 (42,11%) больных с III стадией, у 13 (34,21%) со II стадией и у 9 (23,68%) с I стадией опухолевого процесса.

41 (22,91%) были служащими, 27 (15,08%) рабочими, 4 (2,23%) водителями, 58 (32,4%) пенсионерами, 49 (27,37%) не работали в момент обра-

щения. Из 101 (54,89%) больных 29 (28,71%) были курильщиками, 40 (39,6%) помимо курения употребляли спиртные напитки и только 32 (31,68%) отрицали такие вредные привычки в анамнезе, что дало основание отнести к факторам риска периферического рака легкого одновременное употребление табака и спиртных напитков. Существует прямая за-

висимость между курением и заболеваемостью раком лёгкого [9].

Основное число больных с периферическим раком легкого (129 (70,11%) из 184) были жителями I региона Республики. 39 (21,2%) были больные II региона, 8 (4,35%) III региона, 6 (3,26%) V региона, 2 (1,09%) иностранные граждане.

Таблица № 4

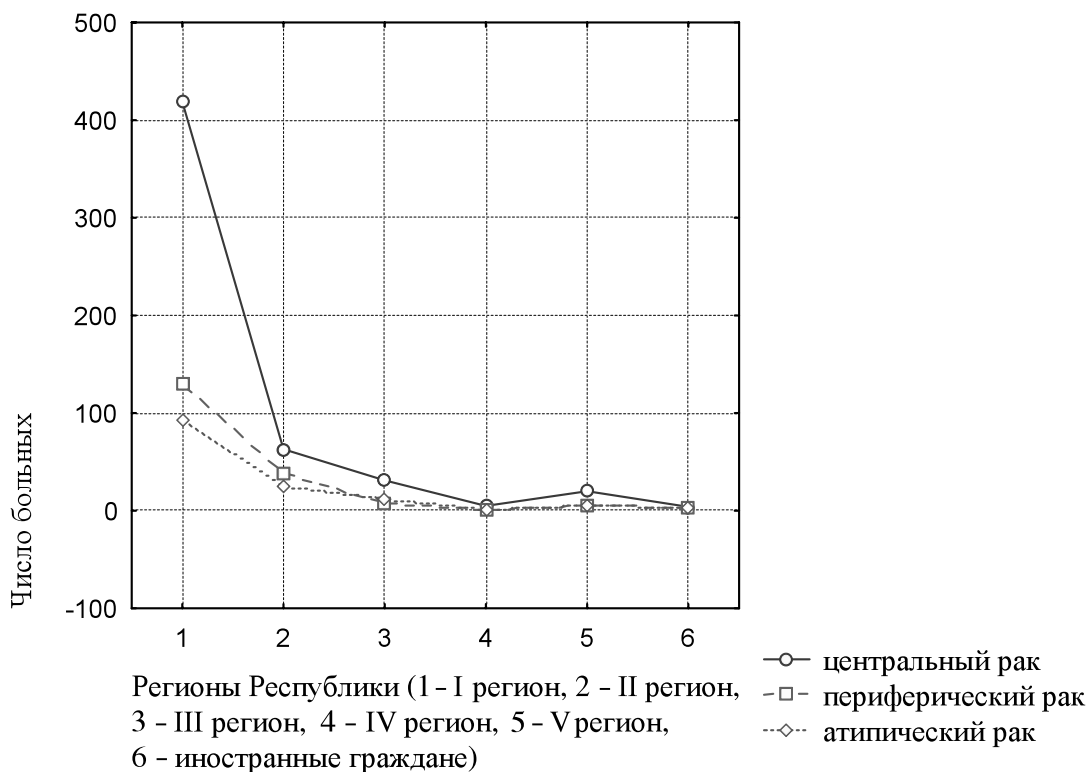
Распределение больных раком легкого по клинко-анатомическим формам роста опухоли и регионам Республики

	I региона	II региона	III региона	IV региона	V региона	Иностр. гражд.	Итого
Центр. рак	419 (77,31%)	63 (11,62%)	31 (5,72%)	5 (0,92%)	20 (3,69%)	4 (0,74%)	542 (62,80%)
Периферич. рак	129 (70,11%)	39 (21,20%)	8 (4,35%)	0 (0,00%)	6 (3,26%)	2 (1,09%)	184 (21,32%)
Атипическ. рак	92 (67,15%)	24 (17,52%)	12 (8,76%)	1 (0,73%)	6 (4,38%)	2 (1,46%)	137 (15,87%)
Итого	640 (74,16%)	126 (14,60%)	51 (5,91%)	6 (0,70%)	32 (3,71%)	8 (0,93%)	863 (100%)

График № 4

Распределение больных раком легкого по клинко-анатомическим формам роста опухоли и регионам Республики

Распределение клинко-анатомических форм рака легкого по регионам Республики Азербайджан



У 124 (21,2%) больных с периферическим раком легкого диагноз был гистологически верифицирован. Из них у 56 (45,16%) установлен плоскоклеточный рак, у 16 (12,9%) аденокарцинома, у 3 (2,42%) мелкоклеточный рак, у 36 (29,03%) прочие формы, у 13 (10,48%) смешанный (плоскоклеточный+адено-

карцинома) рак легкого. Самым частым гистологическим типом среди больных с периферическим раком был плоскоклеточный рак, который диагностирован у 56 (45,16%) больных. Тогда как одни авторы представляют 85% аденокарциномы при периферическом раке [13].

Таблица № 5

Распределение больных раком легкого по клинко-анатомическим формам роста опухоли и гистологическим типам опухоли

Больные	Плоско-клеточ	Адено-карц	Мелко-клеточ	Крупно-клеточ	Прочие формы	Смешан-ные	Итого
Центральный рак	213 59,00%	37 10,25%	6 1,66%	6 1,66%	61 16,90%	38 10,53%	361 61,71%
Периферический рак	56 45,16%	16 12,90%	3 2,42%	0 0%	36 29,03%	13 10,48%	124 21,20%
Атипичский рак	48 48,00%	13 13%	2 2%	0 0%	25 25%	12 12%	100 17,09%
Итого	317 54,19%	66 11,28%	11 1,88%	6 1,03%	122 20,85%	63 10,77%	585 100%

График № 5

Распределение больных раком легкого по клинко-анатомическим формам роста опухоли и гистологическим типам опухоли



При сравнении групп больных по стадии и клинко-анатомическим формам роста опухоли выявлено, что независимо от клинко-анатомического роста опухоли чаще всего диагностировано **III** и **IV** стадии болезни, что отражает низкий уровень диагностики и онкологической настороженности врачей общей лечебной сети в Республике. Эти больные составили 80,3% (587 из 731) среди больных с установленными стадиями болезни. Только 50% больных (364 больных – эта есть половина всех) обратились в специализированные учреждения за медицинской помощью в **III** стадии заболевания. У этих больных пределы возможности их радикального лечения

были ограничены как для хирургического и других видов лечения. Всего у 144 (19,7%) больных установлены I и II стадии опухолевого процесса (таблица № 3). Ограниченное количество больных (примерно 20%) раком легкого имели шансы на радикальное лечение.

Выводы

1. Рак легкого независимо от клинко-анатомического роста опухоли часто поражает правое легкое. По нашим данным около 61% случаев опухолевого процесса поражают правое легкое и при периферическом раке.

2. Независимо от сторон поражения опухолевый процесс часто (76%) был диагностирован в поздних (III, IV) стадиях периферического рака легкого.

3. Высокая частота (70%) периферического рака отмечена в I регионе (I регион включал индустриальные города Баку и Сумгаит) Республики.

4. По поводу периферического рака были оперированы 60 (35,93% из 167) больных. У 30 (50%) из них диагностирована III стадия опухолевого процесса.

Литература

1. Вагнер Р.И., Барчук А.С., Блинов Н.Н. Диагностика рака легкого в поликлинических условиях. – Л.: Медицина, 1986. – 186 с.
2. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. Рак легкого. Книга. Издательство Радикс, Москва, 1994, 210 с.
3. Солтанов А.А. Клинико-эпидемиологические особенности центрального рака легкого. ДОКЛАДЫ (Национальная Академия Наук Азербайджана), Том LXIV, № 2, 2008, стр. 119–128.
4. Стилиди И.С., Тер-Ованесов М.Д. Хирургическое лечение рака легкого. Практическая онкология № 3, 2000, стр. 21–23.
5. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология. Геотар «Медицина». Москва 2000, 600 с.
6. Трахтенберг А.Х. Рак легкого. Книга. Издательство «Медицина», Москва 1987, 304 с.
7. Koike, Teruaki; Yamato, Yasushi; Yoshiya, Katsuo, at all. Improvement of the Surgical Results for Lung Cancer. Journal of Thoracic Oncology. Vol. 2, № 8, Suppl.4, August 2007, p. 480.
8. Naidich, David P.; Muller et al. Computed Tomography and Magnetic Resonance of the Thorax, 4th Edition: Copyright B©2007 Lippincott Williams & Wilkins, 886 p.
9. Nicholas JJ. By how much does smoking cessation, or avoidance of starting smoking, reduce risk. In: Primary prevention. Clinical Evidence 2002; 7:91–123.
10. Salazar A.M., Westcott J.L. The role of transthoracic needle biopsy for the diagnosis and staging of lung cancer// Clin. Chest Med.–1993. – Vol.14.– P. 99–110.
11. Sawada, Shigeki Yamashita, Motohiro Komori, Eisaku Nogami, Naoyuki Oze, Isao Segawa, at all. Evaluation of resected tumors that were not diagnosed histologically but were suspected of lung cancer preoperatively. Journal of Thoracic Oncology. Vol.2, № 8, Suppl. 4, August, 2007. p. 421.
12. Shields, Thomas W.; LoCicero, Joseph; Ponn, Ronald B.; Rusch, Valerie W., General Thoracic Surgery, 6th Edition, B©2005 Lippincott Williams & Wilkins, p. 2870.
13. Shiono, Satoshi; Sato, Toru The role of PET-CT results in evaluating the aggressiveness of small solid lung cancers. Journal of Thoracic Oncology• Vol.2, N8, Suppl.4, August 2007, p. 420.