

## ОБЗОРЫ

УДК616.24–006.6–053.5

*Р.Р. Багиров, Б.Е Полоцкий***РАК ЛЕГКОГО У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

РОИЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

**Контактная информация:**

Багиров Рахмат Рагим оглы, аспирант хирургического торакального отделения

**адрес:** 115478, Москва, Каширское шоссе, 24; **тел.** +7(495)324-14-41**e-mail:** zahid28@yandex.ru

Статья поступила 29.09.2009, принята к печати 23.10.2009.

**Резюме**

Заболеваемость раком легкого лиц молодого возраста сдвинута в сторону молодых женщин, а преобладающим гистологическим типом является аденокарцинома, зачастую низкой степенью дифференцировки. Как у больных старших возрастных групп, так и у пациентов молодого возраста результаты радикального хирургического или комбинированного лечения во многом зависят от внутригрудного лимфогенного метастазирования. Учитывая архитектуру лимфатической системы у молодых, лимфогенное метастазирование в этой группе больных реализуется в более ранние сроки. Результаты радикального хирургического или комбинированного лечения у пациентов молодого возраста при сравнимой распространенности опухолевого процесса не уступают таковым у больных старших возрастных групп.

**Ключевые слова:** рак легкого, молодой возраст, прогноз.*R.R. Bagirov, B.E. Polockiy***LUNG CANCER IN YOUNG PATIENTS**

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center of RAMS, Moscow

**Abstract**

Morbidity of lung cancer of young age is moved toward young women. A prevailing histological type is adenocarcinoma. Both for the patients of more senior age-dependent groups and for the patients of young age the results of radical surgical or combined treatment in a great deal depend on intrathoracic distribution of lymphogenic metastases. Taking into account architectonics of the lymphatic system for youths, a lymphogenic innidiation in this group of patients will be realized in more early terms. The results of radical surgical or combined treatment of lung cancer for the patients of young age at the compared prevalence of tumour process do not yield to such at more senior age-dependent groups.

**Key words:** lung cancer, young age, prognosis.**Введение**

Рак легкого чаще диагностируется в возрасте 50-80 лет, составляя в молодом возрасте всего 9-14% [21; 47; 51]. Несмотря на многочисленные публикации, в литературе остаются различия представлений о клиническом течении заболевания и результатах лечения в разных возрастных группах.

Поэтому представляет интерес сравнительная оценка особенностей лимфогенного метастазирования и результатов хирургического лечения НМРЛ у больных молодого, среднего и пожилого возраста.

**Заболеваемость РЛ лиц молодого возраста**

В своей трактовке молодого возраста мы основывались на классификации ВОЗ (1978) [10], по которой приняты следующие характеристики различных возрастных периодов на протяжении жизни человека:

- 46–59 – средний возраст;
- 60–74 – пожилой возраст;
- 75 – старческий возраст.

В приведенной классификации не приводится возрастной период для людей молодого возраста, но что важно, указан возрастной период для людей среднего возраста, а это с учетом данных литературы позволяет сформировать группу лиц молодого возраста – до 46 лет.

В возрасте до 30 лет рак легкого наблюдается еще реже, хотя известны казуистические случаи детей у даже раннего возраста. Так Вагнер Р.И. с соавт. [1] наблюдали (1987) первичный рак легкого у девочки в возрасте 22 месяцев. В 1976 г. L.J. Fontenelle [19] сообщил о редком случае аденокарциномы нижней доли правого легкого у ребенка 6 лет. Согласно данным (1999) группы Y. Emori [59] заболеваемость раком легкого в возрасте до 30 лет колеблется в пределах 0,1–0,4%. У лиц до 45 лет это заболевание встречается сравнительно редко (2,2–30,0 %) [5; 6; 11; 13; 19; 22; 26; 32; 34; 39; 40; 44; 49; 51; 53; 59], что приводит к запоздалому распознаванию и частым диагностическим ошибкам. Вместе с тем, пациенты этой возрастной группы – наиболее активная часть трудоспособного населения, и абсолютное их число увеличивается ввиду общей тенденции к росту заболеваемости РЛ.

Существует мнение, что у женщин заболевание раком легкого сдвинуто в сторону более молодого возраста по сравнению с мужчинами. По данным В.Ф. Зайцева (1989), из числа зарегистрированных в 1987 г. в бывшей Молдавской ССР больных раком легкого на молодой возраст приходилось 3,8%. Этот показатель был выше у молодых женщин – 7,9%, чем у мужчин – 4,1% [5].

De Caro L. et al. [17] сообщили (1982), что соотношение М : Ж среди молодых больных РЛ составило 1,5 : 1, в группе старше 45 лет – 6 : 1.

Kuo CW. et al. [29] на Тайване (2000) также приводят аналогичные данные соотношения мужчин и женщин в молодой, средней и пожилой возрастных группах: 0,89; 4,59; 6,66 соответственно.

Jennifer B.T. et al. [28] в США (2005) проанализировав течение рака легкого у 228 572 больных, показав что в возрасте до 50 лет относительно пациентов более старшего возраста преобладают женщины, составляя 35,8%. Авторы отмечают, что если до 1991 г. уровень женского населения подошел к пику заболеваемости 33,1 на 100 000 человек, то в 1992–1999 гг. этот показатель снизился до 30,2 на 100 000 человек. Поэтому «мужское и женское» соотношение с 1975 по 1999 значительно – с 3,5 до 1,5 – сузилось. По данным авторов общая выживаемость в группах сравнимой распространенности болезни оказалась лучше у женщин.

О преобладании относительно старших возрастных групп заболеваний раком легкого молодых женщин также опубликовано в работах многих авторов [14–16; 23; 28; 34; 38; 39; 47; 52; 53; 56; 57].

#### Лимфогенное внутригрудное метастазирование РЛ у больных молодого возраста

Имеется небольшое число публикаций, касающихся характера метастазирования рака легкого у молодых пациентов [3; 5–7; 21; 56] хотя общие закономерности внутригрудного и отдаленного метастазирования рака легкого хорошо изучены.

Одним из факторов, оказывающих несомненное влияние на характер метастазирования рака легкого у больных молодого возраста, является отсутствие изолированности лимфатической системы отдельных участков легких, которая наблюдается в возрасте старше 40–45 лет [3; 7–9; 12; 25].

J.D. Harviel et al. [25]; Becker H. et al. [12] отмечают, что у пожилых метастазирование в регионарные лимфатические узлы наблюдается реже, с возрастом наступают выраженная редукция лимфатических сосудов, уменьшение их территориальной сети, цирротические изменения паренхимы легкого.

Каримов О.Р. [6] выявил в своих работах, что РЛ у молодых пациентов характеризуется ранним и обширным метастазированием. Так, частота внутригрудного регионарного метастазирования составила 55,3%. Также автор отмечает более агрессивное поведение плоскоклеточного РЛ у молодых: частота регионарного метастазирования составила 55,6%; при аденокарциноме – 36,5% ( $p < 0,05$ ).

По данным В.Ф. Зайцева [5], анализировавшего результаты хирургического лечения у 300 больных различных возрастных групп, метастазирование в регионарные лимфатические узлы у молодых выявлено в 50,3%; у пожилых – в 38,5% случаев ( $p < 0,05$ ). В молодом возрасте преобладало поражение внутригрудных лимфатических узлов (48,0%), у – пожилых 23,9%.

В то же время в литературе последнего десятилетия [21; 23] у молодых пациентов не отмечено

достоверных различий в частоте внутригрудного метастазирования при сравнении с больными старших возрастных групп.

Как при центральном, так и при периферическом раке легкого наиболее значимым прогностическим фактором, определяющим высокий метастатический потенциал, является размер опухоли.

Приведенные данные О.Р. Каримова [6], а также немногочисленные источники литературы [56] утверждают, что опухоли размерами до 3,0 см во всех возрастных группах больных характеризуются одинаково низким метастатическим потенциалом. Так, при размере первичного опухолевого очага до 1,0 см частота лимфогенного метастазирования составила 26,5%; 3,0–5,0 см и выше – 50,0%. Увеличение размера опухоли у больных молодого возраста определяет высокий метастатический потенциал в связи с архитектурой лимфатической системы этой группы пациентов [3; 7–9; 12; 25].

#### Хирургия РЛ у больных молодого возраста

Вопрос о хирургическом лечении рака легкого у больных молодого возраста освещен недостаточно полно и весьма противоречиво. Это, скорее всего, связано с редкостью заболевания в этой группе пациентов. Во многих публикациях, в основном, в 1973–1992 гг. имеются данные [2; 13; 17; 22; 42; 55] о низких результатах хирургического лечения у молодых относительно больных старших возрастных групп. В то же время другие авторы показывают одинаковые, и даже лучшие результаты хирургического лечения у молодых пациентов [14; 18; 29; 30; 32; 36; 38; 39; 41; 48; 51; 52]. Основываясь на неудовлетворительных результатах хирургического лечения рака легкого у больных молодого возраста, некоторые авторы [44; 58] делают вывод о нецелесообразности оперативного лечения в этой возрастной группе и рекомендуют ограничиваться химиолучевой терапией.

Подробно в отечественной литературе данный вопрос освещен Зайцевым В.Ф. и соавт., [5], которые показали, что возможность выполнения радикальной операции среди госпитализированных у пожилых составили 77,2, у молодых – всего 40,3%. Резектабельность составила 92,2 и 84,0% соответственно. Консервативная терапия рака легкого у больных молодого возраста малоэффективна, однако авторы также отмечают, что показатель 5-летней выживаемости после радикального хирургического или комбинированного лечения рака легкого у молодых достоверно не уступают таковым у пожилых больных, составляя 32,1 и 38,3% соответственно. В обеих возрастных группах лучшие результаты лечения получены при высокодифференцированной аденокарциноме: 5-летняя выживаемость молодых составила 61,5; пожилых – 43,6%.

Аналогичного мнения придерживаются, изучив клинические особенности, частоту разных гистологических типов в зависимости от пола и возраста среди 930 наблюдений первичного РЛ, Da-Li Tian. et al. [18]. Молодую группу составляли 92 (9,89%) пациента. Плоскоклеточный рак среди них встречался в 37,0% наблюдений, аденокарцинома – в 33,0%, МРЛ – в 28,0% и крупноклеточный – в 2,0% случаев. Частота I и II и III стадий РЛ у молодых больных составила 32,6; 32,6 и 34,8% соответственно; в 62,0% случаев им выполнены радикальные вмешательства, а у 30,0% в связи с местным распространением процесса операции признаны условно-радикальными. Пневмонэктомии в этой группе выполнялись значительно чаще при сравнении с больными старшей возрастной группы – 59 и 39% соответственно.

5-летняя выживаемость молодых (при I–III стадиях болезни составляя 63,0; 53,0; 22,0% соответственно) относительно больных старших возрастных групп оказалась выше (46,0; 34,0 и 18,0% соответственно). Однако разница оказалась статистически недостоверной ( $p > 0,05$ ). Ни один молодой пациент, получивший химиолучевую терапию, без хирургического лечения не пережил 5-летний срок.

Лучшую 5-летнюю выживаемость у молодых пациентов также отмечают Niroya Minami. et al. [35], исключив все смертельные случаи от сопутствующих заболеваний у пожилых пациентов, пришли к выводу, что результаты хирургического лечения при I стадии болезни у молодых по сравнению с пожилыми пациентами несколько лучше, составляя 84,3 и 71,6% соответственно. Однако различия статистически не достигли достоверности. Общая 5-летняя выживаемость в обеих возрастных группах также достоверно не различалась, составляя 61,0 и 57,7% соответственно. Авторы также отмечают преобладание у больных молодого возраста аденокарциномы.

Shimono T. et al. [52], проведя сравнительный анализ данных о 803 больных НМРЛ, показали, что молодую группу с I стадией заболевания составили 29,0%; со II – 17,0%, с III – 54,0%. В старшей возрастной группе III стадия выявлена в 46,0% наблюдений. 5-летняя выживаемость при I; II; III и IV стадиях у молодых относительно больных пожилого возраста составила 35,7 и 78,0%; 25,5 и 40,6%; 33,3 и 15,6%; 25,0 и 6,6% соответственно. Лучшие показатели выживаемости при III стадии болезни у молодых связывают с возможностью проведения более агрессивного хирургического и консервативного лечения.

Kuo C.W. et al. [29] сообщают о результатах сравнительного анализа данных о 6048 больных НМРЛ разных возрастных групп на Тайване. Из общего числа наблюдений только 127 (2,1%) пациентов составили молодую, а 5921 (97,9%) – старшую группу. По сравнению с последней частота аденокарциномы оказалась больше в молодой группе (60,6 и 34,2% соответственно), а плоскоклеточного рака (20,5 и 44,6% соответственно) – больше в пожилой. Частота I; II и III стадии болезни в обеих возрастных группах не имели существенного различия: 9,4 и 15,1% при I; 4,7 и 3,6% при II; 29,9 и 35,0% при III; 46,5 и 39,9% при IV стадии соответственно. Хирургическое и комбинированное лечение одинаково часто выполнялись во всех возрастных группах – 14,2%; 10,3% и 10,2% и 26,8%; 20,6% и 20,2% соответственно. Выживаемость радикально оперированных молодых оказалась недостоверно несколько лучше – 21,0 и 16,0% соответственно.

Аналогичные данные приводят Skarin AT. et al. [53], отмечая низкую частоту I и II (15%), и высокую частоту III и IV стадии болезни у молодых пациентов. Общая 5-летняя выживаемость в зависимости от стадии не различалась у молодых и более зрелых больных.

Jennifer B.T. et al. [28] сообщают о лучшей 5-летней выживаемости молодых женщин после хирургического лечения. Они чаще перенесли оперативное вмешательство и результаты хирургического лечения при сравнимой распространенности болезни оказалась лучше чем у молодых мужчин ( $p = 0,0001$ ).

В многочисленных публикациях приводятся данные о том, что в молодом возрасте операции выполняются при достоверно большей распространенности опухолей, когда компенсаторные возможности пациентов позволяют выполнять хирургические вмешательства значительного объема, в том числе – пневмонэктомию, комбинированные с резекцией

нескольких пораженных опухолью прилежащих анатомических образований и расширенные на путях лимфооттока. Именно молодым чаще назначается дополнительная ЛТ и ХТ [2; 29; 41].

В более ранней литературе ряд авторов отмечали, что пневмонэктомию при РЛ у молодых должна быть доминирующей в радикальном хирургическом лечении. О.Р. Каримов [6], анализируя результаты хирургического и комбинированного лечения 182 больных молодого возраста, считает, что наиболее эффективным и рациональным методом лечения больных до 40 лет хирургический, причем операцией выбора является пневмонэктомию. Хорошие функциональные и компенсаторные резервы молодого организма, оправдывают комбинированные резекции. Лобэктомию и бронхопластические операции возможны при I–II стадиях болезни без метастазов во внутригрудные лимфатические узлы. Непосредственные результаты хирургического лечения РЛ у молодых лучше. Автор считает, что прогноз рака легкого у молодых в первую очередь зависит от стадии заболевания. Результаты хирургического лечения лучше при плоскоклеточном раке.

В 2005 году в результате проведенного сравнительного анализа результатов лечения больных раком легкого трех возрастных групп в РОНЦ [4], авторы пришли к выводу, что в молодом возрасте чаще операции выполнялись при местно распространенных поражениях, соответствовавших III (A+B) стадии. Поэтому в этой возрастной группе, сравнительно с другими, чаще выполнялись пневмонэктомию (57,1; 53,3 и 36,2% соответственно  $p < 0,001$ ). Напротив, в пожилом возрасте больные чаще (79,4%) оперировались по поводу рака I–II стадии. В этой возрастной группе, сравнительно с остальными, чаще выполнялись лоб- и билобэктомию (38,8; 44,4 и 58,7% соответственно). Дополнительная лучевая и/или ХТ в плане комбинированного лечения назначалась, по данным 1990-х гг., преимущественно в молодом и среднем возрасте.

Воронцов А.Ю. с соавт. [2], изучив результаты хирургического и комбинированного лечения рака легкого у 196 больных молодого возраста отмечают, что результаты хирургического лечения низкие, так как из оперированных (85 человек) пациентов 5 лет прожили лишь 8 (10,0%).

Ряд авторов [2; 44; 58] считают, что проведение консервативного лечения без хирургического не позволяет молодым больным надеяться на благоприятный исход лечения. Так К. Krawczyk (1981) отмечает, что из 24 больных, получавших ХТ и ЛТ, ни один не прожил и года. По данным группы De Caro L. [17] из 23 больных, лечившихся без хирургического вмешательства, все умерли в течение первого года.

Guntulu A.K. et al. [23], оценив клиническое течение, результаты консервативного лечения при III стадии РЛ в обеих возрастных группах, не нашли достоверного различия, так как средняя выживаемость составляла  $7,83 \pm 0,63$  мес. в группе молодых и  $7,13 \pm 0,36$  мес. в группе пожилых ( $p = 0,97$ ). В то же время после хирургического лечения при той же стадии показатели общей выживаемости у молодых пациентов оказались низкими и составили 11,5 и 21,8% соответственно.

Безусловно, результаты хирургического лечения рака легкого зависят от местной и регионарной распространенности опухоли. Одним из клинически значимых факторов является размер первичной опухоли. По данным О.Р. Каримова [6] и группы M.J. Veness [56] опухоли размерами до 3 см характеризовались лучшими отдаленными результатами хирургического лечения.

Показатели резектабельности у молодых больных по данным различных авторов 20-30 летней давности были на низком уровне. Так, P.A. Ganz et al. [20] отмечают, что в группе наблюдаемых больных молодой и старшей возрастной групп резектабельность составила 20,0 и 40,0% соответственно. У молодых пациентов в 40,0% случаев опухолевой процесс признан неоперабельным из-за местной распространенности, в 40 % – из-за наличия отдаленных метастазов. J.S. Putnam et al. [46] сообщают о низком уровне резектабельности (25,0%) у больных молодого возраста, так как из 24 пациентов молодого возраста оперативное вмешательство выполнено только 6, хотя у 18 пациентов до операции выявлены II и III стадии заболевания. Авторами также отмечена низкая общая выживаемость у молодых пациентов (медиана выживаемости 4,8 мес., у пожилых – 7,2 мес.). Аналогичные данные о низкой резектабельности подтверждены в исследовании J.G. Antkowiak et al. У 84 из 89 пациентов молодого возраста были выявлены III и IV стадии болезни, и только 19 (21,0%) удалось выполнить оперативное вмешательство. Однако медиана выживаемости была несколько выше (7,5 мес.) по сравнению с исследованием группы J.S. Putnam [46]. О.Р. Каримов [6] сообщает: резектабельность у молодых пациентов по отношению ко всем оперированным больным составил 64,1%, что ниже по сравнению со всей группой – 80,0%.

Операбельность молодых пациентов остается низкой и составляет среди всех обратившихся в клинику пациентов – от 2,8% до 4,5% [2; 15; 18; 52].

Разные сведения авторов, касающиеся общей выживаемости, можно объяснить разными подходами к интерпретации ряда прогностических факторов: стадия опухолевого процесса, гистопатология и подходы к лечению, которые были использованы в разных географических регионах. Также утверждается [4; 11; 21; 53; 56; 57], что большая частота прогрессирования опухолевого процесса у лиц молодого возраста лишь соответствует большей распространенности первичных опухолей на момент начала лечения и вовсе не отражает «более злокачественное» течение заболевания в молодом возрасте.

Приведенные литературные данные позволяют заключить: вопрос о хирургическом лечении и его результатах у молодых пациентов требует дальнейшего изучения.

### Результаты и обсуждение

В исследование включены данные о 1727 больных, оперированных по поводу НМРЛ, в хирургическом торакальном отделении РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН в 1985–2007 гг.

Пациенты распределены по возрасту в соответствии с классификацией ВОЗ [10]:

- до 45 лет больные молодого (171 – 9,9%),
- от 46 до 59 лет среднего (888 – 51,4%)
- от 60 до 74 лет пожилого (668 – 38,7%)

Соотношение мужчин (1488 – 86,2%) и женщин (239 – 13,8%) составило 6,2 : 1 с преобладанием мужчин во всех возрастных группах. В группе пациентов молодого возраста было несколько больше женщин: соотношение полов составило 3,6 : 1 (78,3% против 21,6%).

Многие зарубежные исследователи сообщают о преобладании аденокарциномы у больных молодого возраста [13; 14; 28; 38; 51–53; 56; 57]. В нашем исследовании у молодых пациентов также

отмечено преобладание аденокарциномы, возрастание частоты плоскоклеточного рака с возрастом. Так, соотношение аденокарциномы и плоскоклеточного рака у больных молодого возраста составило 31,6% (54) : 62,6% (107) (1 : 1,98), среди пациентов среднего возраста 21,6% : 72,3%, (1:3,3) и пожилого 26,8% : 67,8% (1:2,5) (относительно больных среднего возраста разница статистически высоко достоверна  $t=2,43$   $p<0,01$ ; относительно больных пожилого возраста  $t=1,27$   $p<0,5$  – значимая тенденция к достоверности).

В возрастных группах каких-либо существенных различий плоскоклеточного рака разной степени дифференцировки мы не обнаружили. Однако при аденокарциноме в возрастных группах отмечена противоположная картина, так у молодых пациентов достоверно преобладала низкодифференцированная аденокарцинома, а в контрольных возрастных группах наиболее часто выявлена аденокарцинома высокой и умеренной степени дифференцировки. Так, высокодифференцированная аденокарциномы у больных молодого, среднего и пожилого возраста составила 3,7%; 4,2% и 4,5%; умеренно дифференцированная – 74,1%; 88,0% и 87,1%; низкодифференцированная – 22,2% (12); 7,8% (15) и 8,4% (15) ( $t=2,41$   $p<0,02$ ) соответственно.

Таким образом, в структуре новообразований у молодых больных преобладает аденокарцинома, которая с достоверно чаще представлена опухолями с низкой степенью дифференцировки.

К моменту диагностики опухолевой процесс у больных молодого возраста имеет более распространенный характер [4–6; 15; 20; 21; 29; 41; 43; 46; 48]. По нашим данным I стадия заболевания достоверно чаще диагностирована у больных среднего и пожилого возраста – 29,6; 42,2 и 54,3% соответственно. В то же время у молодых пациентов чаще выявлялась IIIA стадия рака легкого – 33,1; 22,6 и 21,2% соответственно.

Одним из прогностически важных факторов, определяющих высокий метастатический потенциал и низкие показатели выживаемости, является размер первичной опухоли. У больных молодого возраста опухоли до 3,0 см одинаково с пациентами более старших возрастных групп характеризуются низким метастатическим потенциалом и относительно удовлетворительными результатами хирургического лечения [6; 56].

Наше исследование показало что, опухоли, соответствующие размерам от 3,0 до 5,0 см, с проксимальной границей на уровне долевого бронха являются отрицательными прогностическими клиническими факторами, определяющими повышенную частоту лимфогенного метастазирования и низкие показатели выживаемости у больных молодого возраста. Так, общая частота лимфогенного метастазирования в группе пациентов молодого возраста составила 66,7%, а старших возрастных групп 35,2 и 29,8% соответственно ( $p<0,01$ ).

Радикальные и паллиативные операции во всех возрастных группах выполнялись с одинаковой частотой, однако в пожилом возрасте оперативные вмешательства реже завершались пробной торакотомией (9,9; 9,2 и 4,9%  $p<0,05$ ) что, прежде всего, связано с отбором больных этой группы для лечения. Резектабельность в сравниваемых группах больных оказалась идентичной – 90,0; 90,7; 95,0% соответственно. В целом 5-летняя выживаемость молодых больных после радикального хирургического лечения ниже относительно пожилых – 34,2% против 43,3% ( $p<0,05$ ).

Однако у молодых пациентов и в старших возрастных группах с I и II стадиями заболевания выживаемость одинакова, а ухудшается только при III стадии – 15,0; 28,8 и 22,1% ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 6,22$   $k=1$  Log-rank test) соответственно. Полученные нами данные не соответствовали данным некоторых зарубежных авторов. Так, в исследованиях групп Da-Li Tian (2003) и H. Minami (2001) при I и II стадиях рака легкого у больных молодого возраста относительно старшей возрастной группы отмечается лучшая 5-летняя выживаемость, а при III стадии рака легкого показатели 5-летней выживаемости фактически идентичны. В то же время в исследовании T. Shiono et al. [52] при I и II стадиях РЛ получена достоверно лучшая 5-летняя выживаемость больных старшей возрастной группы, а при III стадии – выживаемость оказалась гораздо лучше, чем у молодых пациентов.

При опухолях, соответствующих значению «Т<sub>3</sub>» 3–5 см без учета лимфогенного метастазирования (N), выживаемость молодых пациентов также хуже чем в группе среднего и пожилого возраста и составила 33,1; 47,9 и 48,5% соответственно ( $p < 0,01$ ,  $\chi^2 = 10,5$   $k=1$  Log-rank test), что подтверждается данными некоторых исследователей [6; 56].

По сведениям одних авторов выживаемость при плоскоклеточном раке у молодых больных оказалась лучше [5], в то же время другие источники отражают лучшую выживаемость при аденокарциноме легкого [6].

По нашим данным, как при плоскоклеточном раке легкого, так и при аденокарциноме выживаемость в возрастных группах больных при I и II стадиях оказалась идентичной.

Однако при III стадии РЛ выживаемость больных аденокарциномой пациентов молодого возраста оказалась выше, а страдающих плоскоклеточным раком – ниже. Так, при аденокарциноме ОВ составила 41,0; 8,3 и 11,7% соответственно ( $p < 0,02$  и  $p < 0,05$ ), а при плоскоклеточном раке – 10,8; 30,0 и 30,3% соответственно ( $p < 0,002$  и  $p < 0,01$ ).

Однако на вопрос, что «связаны ли полученные нами данные с поведением опухоли» ответить трудно.

В заключении на основании данных литературы и собственных исследований следует отметить, что больным молодой возрастной группы необходимо активно расширять показания к оперативному лечению.

### Литература

1. Вагнер Р.И., Шуткин В.А. Рак легкого у женщин. – Кишинев: Штиница, 1987. – 156 с.
2. Воронцов А.Ю., Терентьев И.Г. Первичный рак легкого у больных молодого возраста // Казанский медицинский журнал. – 2000. – Т.85. – С. 258–60.
3. Гладкова М.А. Метастазирование при раке легкого: автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1966.
4. Давыдов М.И., Волков С.М., Полоцкий Б.Е. Возраст и возможности хирургического лечения при немелкоклеточном раке легкого. – Клиническая геронтология. – 2005. – Т.11, №6 – С. 4–5.
5. Зайцев В.Ф. Рак легкого у лиц молодого возраста. – Автореф. дисс. канд. мед. наук – Кишинев, 1989.
6. Каримов О.Р. – Рак легкого у больных в возрасте до 40 лет. – Автореф. дисс. кан. мед. наук, – М., 1990.
7. Парфенова И.П. Возрастные особенности лимфатической системы нормального легкого // Педиатрия. – 1953. – №1. – С.9 – 15.
8. Рабинович Э.Ф. Вопросы патологической анатомии и клиники лимфогенных фаз туберкулезного процесса. – М., «Медгиз», 1937. – С. 33.
9. Ротенберг А.Л. Лимфатическая система легких. – дисс. д-ра мед. наук. – Л., 1954.
10. Д.В. Чеботарев, Н.Д. Меньковский, В.В. Фрольский. – Руководство по геронтологии. – М., Медицина, 1978. – С. 371.
11. Awadh-Behbehani N., Al-Humood K., Ayed A., Memon A., Ali A. Comparison between young and old patients bronchogenic carcinoma // Acta Oncol. – 2000. – Vol. 8, №39. – P. 995–9.
12. Becker H., Wacha H., Blum U., Ungeheuer E. // Arch. Chir. – 1981. – Vol. 384, №4. – P. 299 – 304.
13. Bourke W., Milstein D., Giura R et al. Lung cancer in young adults // Chest. – 1992. – Vol.102. – P. 1723–9.
14. Capewell S., Wathen C.G., Sankaran R. Lung cancer in young patients // Respir Med. – 1992. – Vol. 86. – P. 499–502.
15. Chong-Kin L., Kim-Hatt L, Wong M.M. Lung cancer in patients younger than 40 years in a multiracial Asian country // Respiriology. – 2000. – Vol. 5. – P. 355–61.
16. Cornere M.M., Ferguson W., Kolbe J., Christmast T.I. Characteristics of patients with lung cancer under the age of 45 years: a case control study // Respiriology. – 2001. – Vol. 6, №4. – P. 293–6.
17. De Caro L., Benfield J.R. Lung cancer in young persons // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1983. – Vol. 86. – P. 654–8.
18. Da-li Tian, Hong-xu Liu, Lin Zhang, Hong-Nian Yin et al. Surgery for young patients with lung cancer // Lung Cancer. – 2003. – Vol. 42, №2. – P. 215–20.
19. Fontenelle L.J. Primary adenocarcinoma of lung in a child: review of the literature // Amer. Surg. – 1976. – Vol. 42, №4. – P. 296–9.
20. Ganz P.A., Vernon S.E., Preston D. Lung cancer in younger patients // West J. Med. – 1980. – Vol. 133. – P. 373–8.
21. Gadgeel S.M., Cummings G., Kraut M.J., Gaspar L.E., Kalemkerian G.P. Lung cancer in patients <50 years of age. The experience of an academic multidisciplinary program // Chest. – 1999. – Vol. 115. – P. 1232–6.
22. Green L.S., Fortoul T.L., Ponciano G., Robles C., Rivero O. Bronchogenic cancer in patients under 40 years old: the experience of a Latin American country // Chest. – 1993. – Vol. 104. – P. 1477–81.
23. Guntulu A.K., Metintas M., Metintas S. et al. Lung cancer in individuals less than 50 years of age // Lung. – 2007. – Vol.185. – P. 279–86.
24. Hadzic J.B., Secerov A., Zwitter M. Metastatic adenocarcinoma of the lung in a 27-year-old pregnantwoman // J. Thorac. Oncol. – 2007. – Vol. 2. – P. 450–2.

25. Harviel J.D., Mc Namara J.O., Strachley C.J. Surgical treatment of lung cancer in patients over the age of 70 years // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 1978 – Vol. 75, №6. – P. 802–4.
26. Icard P., Regnard J.F., de Napoli S. Primary lung cancer in young patients: a study of 82 surgically treated patients // *Ann. Thorac. Surg.* – 1992. – Vol. 54. – P. 99–103.
27. Jubelier S.J., Wilson R.A. Lung cancer in patients younger than 40 years of age // *Cancer.* – 1991. – Vol. 67. – P. 1436–8.
28. Jennifer B.T. et al. Lung cancer in women // *Chest.* – 2005. – Vol. 127. – P. 768–77.
29. Kuo C.W., Chen Y.M., Chao J.Y. Non-small cell lung cancer in very young and very old patients // *Chest.* – 2000. – Vol. 117. – P. 354–7.
30. Kyriakos M., Webber B. Cancer of the lung in young men // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 1974. – Vol. 67. – P. 634–48.
31. Kocak Z., Uzal M.C., Uygun K. Rising lung cancer deaths among younger individuals: Lung carcinoma in a patient at the age of 26 // *Onkologie.* – 2004. – Vol. 27. – P. 121.
32. Kreuzer M., Kreienbrock L., Gerken M. Risk factors for lung cancer in young adults // *J. Epidemiol.* – 1998. – Vol. 147. – P. 1028–37.
33. Leard P., Regnard J.F., de Napoli S., Roias-Miranda A. et al. Primary lung cancer in young patients: a study of 82 surgically treated patients // *Ann. Thorac. Surg.* – 1993. – Vol. 55, №3. – P. 809–10.
34. Mauri D., Pentheroudakis G., Bafaloukos D. et al. Non-small cell lung cancer in the young: a retrospective analysis of diagnosis, management and outcome data // *Anticancer Res.*, 26. – 2006. – P. 3175–81.
35. Minami H., Yoshimura M., Matsuoka H., Toshihiko S. Lung cancer treated surgically in patients <50 years of age // *Chest.* – 2001. – Vol. 120. – P. 32–6.
36. Minami H., Yoshimura M., Tsubota. Lung cancer in woman // *Chest.* – 2000. – Vol. 118. – P. 1603–9.
37. Maruyam R., Yoshino I., Yohena T. et al. Lung cancer in patients younger than 40 years of age // *J. Surg. Oncol.* – 2001. – Vol. 77. – P. 208–12.
38. McDuffie H.H., Klassen D.J., Dosman J.A. Female-male differences in patients with primary lung cancer // *Cancer.* – 1987. – Vol. 59. – P. 1825–30.
39. McDuffie H.H., Klassen D.J., Dosman J.A. Characteristics of patients primary lung cancer diagnosed at age 50 years or younger // *Chest.* – 1989. – Vol. 96. – P. 1298–301.
40. Mizushima Y., Yokoyama A., Ito M. et al. Lung carcinoma in patients age younger than 30 years // *Cancer.* – 1999. – Vol. 85. – P. 1730–3.
41. Nugent W.C., Edney M.T., Hammerness P.G. Non-small cell lung cancer at the extremes of age: impact on diagnosis and treatment // *Ann. Thorac. Surg.* – 1997. – Vol. 63. – P. 193–7.
42. Neuman H.W., McDonald J.R. Lung cancer in the young // *N. Engl. J. Med.* – 1956. – Vol. 212. – P. 403–8.
43. Neuman H.W., Ellis F.H. Bronchogenic carcinoma in persons under forty years of age // *N. Engl. J. Med.* – 1956. – Vol. 254. – P. 502–7.
44. Padilla J., Calvo V. Lung cancer in young adults // *Ann. Thorac. Surg.* – 1997. – Vol. 63. – P. 324–6.
45. Pemberton J.H., Nagorney D.M., Gilmore J.C. Bronchogenic carcinoma in patients younger than 40 years // *Ann. Thorac. Surg.* – 1983. – Vol. 36. – P. 509–15.
46. Putnam J.S. Lung cancer in young adults // *JAMA.* – 1977. – Vol. 238. – P. 35–6.
47. Radzikowska E., Roszkowski K., Glaz P. Lung cancer in patients under 50 years old // *J. Lung cancer.* – 2001. – Vol. 33, №2–3. – P. 203–1.
48. Roviario G.C., Varoli F., Zannini P., Fascianella A., Pezzuoli G. Lung cancer in the young // *Chest.* – 1985. – Vol. 87. – P. 456–9.
49. Rocha M.P., Fraire A.E., Guntupalli K.K., Greenberg S.D. Lung cancer in the young // *Cancer Detect Prev.* – 1994. – Vol. 18. – P. 349–355.
50. Robert J., Mathey P., Mermillod B., Egeli R.A. et al. Surgical resection of primary lung cancer. A 13-year experience // *Annales de Chirurgie.* – 1997. – Vol. 51, №7. – P. 682–8.
51. Ramalingam S., Pawlish K., Gadgeel S. Lung cancer in young patients: analysis of a surveillance, epidemiology, and results database // *J. Clin. Oncol.* – 1998. – Vol. 16. – P. 651–7.
52. Shimono T., Hayashi T., Kimura M., Yada I. et al. Surgical treatment of primary lung cancer in patients less than 40 years of age // *J. Clin. Oncol.* – 1994. – Vol. 12. – P. 981–5.
53. Skarin A.T., Herbst R.S., Leong T.L., Bailev T.L., Sugarbaker D. Lung cancer in patients under age 40 // *J. Lung cancer.* – 2001. – Vol. 32, №3. – P. 255–64.
54. Sugio K., Ishida T., Kaneko S. Surgically resected lung cancer in young adults // *Ann. Thorac. Surg.* – 1992. – Vol. 53. – P. 127–31.
55. Tsai C.M., Perng R.P., Huang W.L. Lung cancer in young Chinese // *Cancer Detect Prev.* – 1988. – Vol. 11. – P. 235–8.
56. Veness M.J., Delanev G., Berry M. Lung cancer in patients aged 50 years and younger: clinical characteristics, treatment details and outcome // *Australas Radiol.* – 1999. – Vol. 43, №3. – P. 328–333.
57. Whooley B.P., Urschel J.D., Antkowiak J.G., Takita H. Bronchogenic carcinoma in patients age 30 and younger // *Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 2000. – Vol. 6. – P. 86–8.
58. Weiden P.L., Piantadosi S. Bronchogenic carcinoma in patients under age 40 // *Chest.* – 1994. – Vol. 106. – P. 344–7.
59. Yasuyuki Emori, Katsuyuki Kiura, Tadashi Yoshino. Very young patients with peculiar squamous cell carcinoma of the lung // *Internal Medicine.* – 1999. – Vol. 38, №12. – P. 268–73.