

улучшения качества жизни и реабилитации у больных с терминальной почечной недостаточности, получающих программную заместительную почечную терапию.

2. Гемодиализируется рекомендуется назначать больным с нестабильным артериальным давлением и выраженным кожным зудом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЮГЕ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.А. Обухова

Тюменский ООД

Рак легкого (РЛ) занимает одно из первых мест по показателям заболеваемости злокачественными новообразованиями. Ежегодно в мире регистрируется более 1,3 миллиона случаев РЛ, что составляет 12% от всех злокачественных новообразований, при этом погибает от него более 1,2 миллиона человек (18% всех смертей от рака и 2,2% общей смертности). В России ежегодно выявляется более 56000 новых случаев РЛ, при этом в первый год после установления диагноза от этого заболевания умирает более 54% больных. Аналогичная ситуация складывается и в других странах (Барчук А.С., 2003; Трахтенберг А.Х., 2009; Hansen Н.Н., 2005). Соотношение «заболеваемость - смертность» при раке легкого самое неблагоприятное – умирают 95,6% заболевших (Мерабишвили В.М., 2007, Schinkel С., 2000; Komaki R., 2003). Остающаяся нерешенной на сегодняшний день проблема ранней диагностики рака легкого приводит к тому, что основная масса больных (более 75%) поступает в специализированные лечебные учреждения в III-IV стадиях заболевания. Рак легкого является одним из наиболее часто встречающихся и характеризуется обычно неблагоприятным прогнозом онкологических заболеваний (Давыдов М.И., 2001; Rubin P., 2001; Hansen Н.Н., 2005).

Очевидно, что эффективность клинических мероприятий напрямую связана со стадией, при которой обнаружен опухолевый процесс, а решение проблемы улучшения результатов лечения РЛ лежит на пути его раннего выявления (Трахтенберг А.Х., 2000; Полоцкий Б.Е., 2003; Grunenwald D., 2001). При отсутствии генерализации процесса и функциональной состоятельности пациента хирургическое вмешательство является основным методом радикального лечения рака легкого. Однако ряд мета-

анализов, оценивающих результаты лечения при РЛ показали, что 5-летняя выживаемость больных составляет лишь 25-30% (Арсеньев А.И., 2010; Depierre A., 2002; Waller D., 2004; Cosano Povedano A., 2005).

Цель исследования: провести анализ результатов лечения рака легкого по Югу Тюменской области за период 2007-2011 гг.

Материалы и методы: ретроспективная оценка динамики основных показателей работы онкослужбы на основе данных популяционного ракового регистра ГБУЗ ТООД.

Ежегодно в Тюменской области регистрируется около 550 новых случаев рака легкого. Заболеваемость за исследуемый период значительно не изменилась и составляет 43,06 на 100 тысяч населения в 2011г. (в России – 40,15). Рак легкого по югу Тюменской области занимает 1 место в структуре заболеваемости ЗНО (12%) и также 1 место в структуре смертности от ЗНО (17,7%). Распределение по полу остается стабильным – 82% составляют мужчины и 18% женщины. Резкий рост заболеваемости отмечается в возрасте 50 лет и старше. Процент выявления на профосмотрах за последние 5 лет остается на одинаковом уровне и составляет 20%. Доля лиц, выявляемых в I-II стадии, также остается примерно одинаковой и составляет около 32%. Показатель запущенности рака легкого (IV стадия) при этом вырос на 10,8% (в 2007 г. – 26,7%, в 2011 г. – 37,5%), что связано, по-видимому, с более широким внедрением современных методов диагностики (КТ, УЗИ). Удельный вес морфологически подтвержденных диагнозов рака легкого неуклонно растет и в 2011 г. составил 69,45% (в России – 63%). Плоскоклеточный рак в структуре рака легкого составляет в среднем 59%, аденокарцинома – 21%, мелкоклеточный рак – 15%, другие варианты – 5%.

Число больных, отказавшихся от лечения, за исследуемый период существенно не изменилось, и составляет около 13% от всех больных, подлежащих специальному лечению. Число больных, имеющих противопоказания к лечению, снизилось на 12,5% (в 2007 г. – 38,3% от всех больных, подлежащих лечению, в 2011 г. – 25,8%). Этого удалось достигнуть благодаря вовлечению в лечебный процесс более пожилых людей за счет применения комплексной сопроводительной терапии, совершенствования анестезиологического пособия и хирургических методик.

Из всех пролеченных доля больных, получивших лечение по радикальной программе,

остаётся примерно одинаковой – в 2007 г. – 12%, в 2011 г. – 14%. Число больных, пролеченных паллиативно, увеличилось – 27% в 2007 г. и 32% в 2011 г. В распределении больных по виду специального лечения доля чисто хирургического лечения составила 26,6%, комбинированного (операция + лучевая терапия) 4,8%, комплексного (операция + лучевая терапия + химиотерапия) 12,2%. Только химиотерапевтическое лечение получили в среднем 31,2% больных, только лучевое 13,2%, комплекс лучевой и химиотерапии 12%. При этом отмечается четкая тенденция к увеличению числа больных, получивших химиотерапевтическое лечение (28% в 2007 г. и 38% в 2011 г.).

Количество операций, выполненных по поводу рака легкого год от года неуклонно растет (98 в 2007 г. и 130 в 2011 г.). Всего за 5 лет выполнено 595 операций. Доля радикальных резекций легкого (лоб- и пневмонэктомии) составила 66,9% (398 операций). Отмечается рост радикальных резекций с 2007 г. по 2011 г. (пневмонэктомии 20 и 36, лобэктомии 40 и 57 соответственно). Послеоперационная летальность снизилась с 1,8% до 1,3%. Доля послеоперационных осложнений за исследуемый период составляет 5-11%.

5-ти летняя выживаемость больных раком легкого по югу Тюменской области повысилась с 36,36% в 2007 г. до 39,56% в 2011 г. Смертность от рака легкого снизилась с 31,48 на 100 тысяч населения в 2007 г. до 25,45 в 2011 г. Одногодичная летальность снизилась с 58,61% в 2007 г. до 47,35% в 2011 г.

Выводы:

Заболеваемость раком легкого по югу Тюменской области остаётся стабильно высокой и занимает первое место в структуре ЗНО. Благодаря улучшению диспансеризации, совершенствованию методов диагностики и лечения, расширению показаний для проведения специального лечения, удалось улучшить основные показатели эффективности лечения. Однако, на протяжении ряда лет процент больных, отказавшихся от лечения, остаётся стабильно высоким, что диктует необходимость более углубленной работы с такими пациентами на различных уровнях оказания помощи (начиная с первичного звена и заканчивая специализированными учреждениями).

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

О.А. Пирожено, Е.Б. Губская

ГОД, г. Астана, Казахстан

В настоящее время полноценной морфологическая диагностика опухолей считается не только верификация гистологического варианта, степени дифференцировки новообразования, а также обязательной оценки иммуногистохимического фенотипа рака. При раке молочной железы (РМЖ) важными прогностическими показателями являются экспрессия белка Her2/neu, эстрогенов и прогестеронов, пролиферативная активность (Ki-67). Наиболее значимой, с прогностической точки зрения, является гиперэкспрессия Her2/neu – трансмембранного белка, члена семейства ErbB. Гиперэкспрессия Her2/neu или амплификация этого гена отмечена в 20-25% случаев РМЖ. Her2-положительный РМЖ характеризуется более агрессивным течением заболевания, меньшим периодом до появления метастазов и низкой выживаемостью [1]. Общепринятым методом оценки экспрессии белка Her2/neu, стероидных гормонов, пролиферативной активности опухоли является иммуногистохимический метод. На правильность оценки и интерпретации результатов исследования влияет ряд факторов: особенности забора, фиксации и хранения материала, используемые антитела и системы детекции, способы постановки иммуногистохимических реакций и проведения исследования методом гибридизации *insutu*. Одним из ключевых моментов качественного проведения тестирования является подготовка материала для исследования. Так, в качестве материала для иммуногистохимического исследования рекомендуется использовать гистологический материал опухоли, не подвергнутый предоперационной лучевой и/или химиотерапии, так как это лечение может влиять на экспрессию белков в опухоли. Поэтому, при планировании лечения с предоперационной терапией необходимо проведение толстоигольной трепанобиопсии, с последующим иммуногистохимическим исследованием этого материала [2]. Однако, на практике, на иммуногистохимическое исследование направляют операционный материал первичной опухоли после проведенного предоперационного лечения.