

А.Ю. Попович
 А.И. Ладур
 Б.П. Кондратюк
 А.В. Глазков
 А.Н. Фоменко
 Ю.А. Попович
 С.А. Панасенко

Донецкий национальный
 медицинский университет

Донецкий областной
 противоопухолевый центр,
 Донецк, Украина

Ключевые слова:

немелкоклеточный рак легкого,
 диагностика, хирургическое
 лечение, комбинированное
 лечение, профилактика.

Рак легкого (РЛ) остается одной из наиболее серьезных медицинских и социальных проблем, в 2005–2007 гг. в мире ежегодно регистрируется около 1,5 млн новых случаев заболевания, что составляет 12–13% от общего количества злокачественных новообразований. Украина относится к государствам с высоким уровнем заболеваемости РЛ (мужчины — 70,6; женщины — 12,7), ежегодно регистрируются 18–19 тыс. новых случаев. Показатели заболеваемости колеблются от 21,7–46,9 в Западных областях до 46,4–53,8 в регионах с развитой металлургической и добывающей промышленностью [1]. В Донецкой области за последнее 10-летие заболеваемость РЛ у мужчин снизилась с 100,1 до 83,8, по-видимому, вследствие продолжающегося уменьшения продолжительности жизни, в то время как заболеваемость женского населения сохраняется на уровне 13,5–15,9 на 100 тыс. в год [1]. Ежегодно в области выявляют 2,6–2,8 тыс. первичных больных, что составляет 16–18% от общего количества больных с этой патологией, выявляемых в Украине.

Профилактика РЛ. По мнению большинства исследователей реально снизить заболеваемость РЛ возможно только с помощью широкого внедрения методов первичной профилактики заболевания [2, 3]. При этом следует исходить из того, что, несмотря на безусловное влияние экологических факторов, наиболее распространенной причиной РЛ в Украине является курение, поэтому основным методом первичной профилактики РЛ должна быть борьба с этой пагубной привычкой. Эффективность первичной профилактики РЛ уже не вызывает сомнений и доказана достоверным снижением уровня заболеваемости в странах, где борьба с курением ведется на государственном уровне, активно и последовательно. В Украине, по нашему мнению, эту важную работу, рассчитанную на

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Резюме. В статье дан анализ заболеваемости, результатов диагностики и лечения больных раком легкого (РЛ) в Украине, намечены основные пути улучшения ранней диагностики и результатов лечения. Результаты лечения при РЛ на сегодня нельзя признать удовлетворительными, основная причина этого — несвоевременная диагностика заболевания и его агрессивное течение. Для уменьшения заболеваемости и улучшения результатов лечения при РЛ необходимы организационные мероприятия по раннему выявлению РЛ и борьбе с курением в общегосударственном масштабе.

долговременную перспективу, должен возглавить и контролировать Национальный институт рака, а в регионах — онкодиспансеры, которые в настоящее время сосредоточились только на лечении онкобольных и полностью самоустранились от решения вопросов профилактики и ранней диагностики рака.

Диагностика РЛ. Как известно, в Украине РЛ более чем в 75% случаев диагностируется в распространенных стадиях и морфологически верифицируется в 2 раза реже (43,3 против 83,0%), чем в США. Отдаленные результаты лечения РЛ в Украине неудовлетворительны — 1-годичная летальность — 65,6% (в США — 60%), всего 9,1% пациентов переживают 5-летний период (в США — 15%).

Судя по результатам изучения причин поздней диагностики РЛ в Донецкой области, наиболее частыми из них в настоящее время являются нерегулярные рентгенологические обследования пациентов пожилого возраста и групп риска; ошибки рентгенологов, неполный объем обследования и несвоевременное выполнение бронхоскопии; недостаточная онконастороженность и длительное противовоспалительное лечение под наблюдением терапевта или пульмонолога; позднее обращение больного к врачу.

На сегодня, принимая во внимание достаточное техническое оснащение онкоучреждений Украины, для раннего выявления заболевания требуются главным образом организационные решения: ежегодное рентгенологическое обследование лиц старших возрастных групп и групп риска; регулярная переподготовка рентгенологов, терапевтов и пульмонологов; контроль за соблюдением алгоритмов диагностики; проведение научно-практических конференций для врачей общей лечебной сети. Очень важны такие меры, как возможность прямого направления больных с подозрением на РЛ в онкоторакальные

отделения, минуя все промежуточные этапы, и постоянные консультации онколога в туберкулезных и пульмонологических отделениях. Направлять и контролировать эту важную работу должны кураторы — врачи онкодиспансеров.

Лечение больных РЛ. В настоящее время в Украине есть практически все возможности для лечения РЛ на уровне современных требований. Основным методом лечения остается хирургический, техника радикальных операций должна базироваться на принципах отдельной обработки элементов корня легкого, применения системной лимфодиссекции и стремлении к выполнению радикальных органосохраняющих операций [3–6].

Однако лимфодиссекция вообще не упоминается в национальных стандартах лечения больных РЛ и отношение к ней определяется субъективным мнением местных онкоторакальных хирургов — от полного непризнания до применения парциальной лимфаденэктомии «увеличенных лимфатических узлов», что также совершенно не обосновано, так как частота метастазов во внешне неизмененных лимфоузлах при РЛ достигает 20–35%, а «прыгающие» метастазы выявляют в 10–15% случаев [3, 4, 6]. По нашему мнению, с целью улучшения результатов лечения при РЛ и более корректного стадирования заболевания, необходимо включение лимфодиссекции в стандарты хирургического лечения РЛ, никаких объективных препятствий для этого нет.

Наряду с расширенными вмешательствами в ряде отечественных клиник широко применяют органосохраняющие ангиобронхопластические операции, направленные на возможно полное сохранение легочной паренхимы, безусловно, при условии соблюдения всех принципов радикализма. Преобладает мнение, что подобные вмешательства более предпочтительны, чем пневмонэктомия [3, 4], так как позволяют обеспечить не только качество жизни, но и сохранение трудоспособности у больных с местно-распространенным РЛ ($T_{2-4}N_{1-2}M_0$).

В нашей клинике количество ангио- и бронхопластических операций составляет 15–25 (10–17%) ежегодно, при соотношении 1 : 3–4 в пользу лобэктомий, в то же время во многих клиниках среди радикальных операций преобладают пневмонэктомии. По-видимому, необходимо обсуждение опыта лечения больных РЛ в различных клиниках страны с точки зрения оценки их эффективности. За период 1977–2004 гг. в торакальном отделении Донецкого областного противоракового центра выполнено 2228 радикальных операций, в том числе 1708 резекций легкого (76,6%) и 520 пневмонэктомий (23,4%). В разные периоды времени соотношение операций менялось и в 2000–2007 гг. из 1028 радикальных операций 257 (33,3%) пневмонэктомий и 771 (67,7%) лобэктомий. В 90-х годах количество пробных торакотомий доходило до 25%, в последние 5 лет уменьшилось до 10–12%.

Совершенно очевидно, что РЛ не является чисто хирургической проблемой и на любой стадии заболевания целесообразно рациональное сочетание хирургического лечения и химиолучевой терапии [3, 4, 7], что нашло свое отражение в национальных стандартах лечения РЛ. При местно-распространенном РЛ IIIA стадии рекомендована неoadъювантная полихимиотерапия (ПХТ), имеющийся опыт подтверждает ее эффективность и удовлетворительную переносимость [3, 4, 7]. В нашей клинике на 28 радикальных вмешательствах при РЛ IIIA стадии (пневмонэктомии — 7, лоб-билобэктомии — 21) не было интраоперационных осложнений, связанных с предшествующей ПХТ. В то же время следует отметить, что в ряде случаев после успешной ПХТ отмечают развитие выраженных фиброзных изменений в зонах, где локализовались измененные лимфоузлы, требующее скрупулезного выделения сосудов и бронхов, в частности верхней полой вены, правой легочной артерии и правого главного бронха. С учетом доказанной эффективности неoadъювантной ПХТ, вполне обоснованным представляется изучение ее эффективности при всех стадиях РЛ N+, при различных методах введения химиопрепаратов и в сочетании с лучевой терапией (ЛТ). В частности, продолжены исследования по изучению результатов применения эндолимфатической и регионарной внутриартериальной химиотерапии при местно-распространенном РЛ [8].

Не решенным из-за ряда технических причин остается также вопрос о необходимости обязательной предоперационной морфологической верификации поражения медиастинальных лимфоузлов (N2+). В связи с этим представляется целесообразным сравнение корректности стадирования и результатов комбинированной терапии РЛ IIIA стадии в 2 группах больных: с дооперационным и послеоперационным (pN+) морфологическим подтверждением метастатического поражения медиастинальных лимфоузлов.

ЛТ традиционно применяют в лечении больных РЛ как в плане комбинированной химиолучевой терапии (главным образом в адъювантном режиме), так и в качестве самостоятельного метода лечения. Применение современных источников излучения дает основания считать ЛТ весьма перспективным методом лечения РЛ [3, 4], тем более, что эффективность предоперационного облучения, в том числе интенсивного, которое до сих пор используется в некоторых клиниках, требует дальнейшего изучения.

Выводы

С учетом вышеизложенного первоочередные меры, направленные на решение проблемы лечения больных с немелкоклеточным РЛ в Украине, можно представить следующим образом.

1. Скорейшее внедрение общегосударственных программ по профилактике РЛ, прежде всего — по борьбе с курением.

2. Разработка и утверждение системы неотложных мероприятий по ранней диагностике РЛ, предусматривающей активное участие учреждений онкослужбы.

3. Включение лимфодиссекции в стандарты хирургического лечения при РЛ.

4. Координация научных исследований, посвященных актуальным вопросам ЛТ и комбинированной терапии при местно-распространенном РЛ.

5. Ежегодный анализ практической и научной деятельности торакальной службы, онкоторакальных отделений и клиник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак в Україні, 2007–2008. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Під ред *ІБ Щепотіна* / Бюл нац канцер-реєстру України 2009; **10**: 42–3.

2. **Трахтенберг АХ, Чиссов ВИ.** Клиническая онкопульмонология. Москва: Гэотар, Медицина, 2000. 600 с.

3. Энциклопедия клинической онкологии: Руководство для практикующих врачей / Под общей ред *МИ Давыдова, ГЛ Вышковского* / Москва: РЛС, 2005, 2004. 1536 с.

4. **Барчук АС.** Стандарты лечения немелкоклеточного рака легкого. Вестн рос онкол научн центра им НН Блохина 2003; **1**: 3–7.

5. **Стариков ВИ, Трунов ГВ, Майборода КЮ и др.** Современные возможности хирургического лечения местнораспространенного рака легкого. Харківська хірург школа 2001; **1**: 54–7.

6. **Стилиди ИС, Тер-Ованесов МД.** Хирургическое лечение рака легкого. Практ онкол 2000; **3**: 21–3.

7. **Суховерша ОА.** Десятирічний досвід комплексного лікування хворих на недрібноклітинний рак легені IIIA стадії. Онкологія 2005; **7** (9): 290–4.

8. **Яковец ЮИ, Кондратюк БП, Попович АЮ и др.** Комплексное лечение больных немелкоклеточным раком легкого. Хірург Укр 2005; **1** (13): 106–9.

PRESENT QUESTIONS OF LUNG CANCER DIAGNOSIS AND TREATMENT

A.Y. Popovych, A.I. Ladur, B.P. Kondratuk, A.V. Glazkov, A.N. Fomenko, Y.A. Popovych, S.A. Panasenko

Summary. *This article gives a precise state of the problem of prevention, diagnostics, and treatment of the lung cancer in Ukraine. There have been formed the main ways of improvement long-term treatment results. The lung cancer treatment for nowadays cannot be considered as satisfying. The main reason is the delayed diagnostics of these diseases and, of course, very aggressive biology of lung cancer. In reason, to improve the situation, we have to public systems for earlier diagnostics and, certainly, public education about very harm fell smoking habits of people for potential lung cancer disease.*

Key Words: nonsmallcell lung cancer, diagnostic, surgical, combined treatment.

Адрес для переписки:

Попович А.Ю.
83092, Донецк, ул. Полоцкая, 2А
Донецкий противоопухолевый центр,
кафедра онкологии
E-mail: popovych.yu@interdon.net