

© АКСАРИН А. А., КОПЕЙКА С. М.

УДК 616.24-006.6-089.87

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЁГКОГО У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А. А. Аксарин, С. М. Копейка

Бюджетное учреждение ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»,

гл. врач – к. м. н. Г.Н. Шестакова.

**Резюме.** В статье изложены результаты хирургического лечения немелкоклеточного рака лёгкого у больных молодого возраста. Пятилетняя выживаемость у молодых больных с аденокарциномой была выше, чем в группах возрастных групп. Отдалённые результаты лечения у пациентов молодого возраста в I и III стадию заболевания были лучше, чем у пациентов среднего и пожилого возраста.

**Ключевые слов :** немелкоклеточный рак лёгкого, хирургическое лечение.

Рак лёгкого — одно из распространённых злокачественных новообразований, как в мире, так и в России [1]. В 2010 году в нашей стране диагностировано 56985 первичных случаев (стандартизованный показатель 25,18 на 100 тыс. населения) [2]. Рак лёгкого чаще развивается в среднем и пожилом возрасте [1]. Однако в последнее время данное заболевание всё чаще стало встречаться и в молодом возрасте. Результаты хирургического лечения немелкоклеточного рака лёгкого (НМРЛ) у больных молодого возраста недостаточно освещены в литературе. Для изучения особенностей течения НМРЛ и определения оптимальных подходов в лечении больных молодого возраста была сформирована цель настоящего исследования.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных немелкоклеточным раком лёгкого молодого возраста.

### Материалы и методы

Клинический материал для исследования, составили 664 больных с НМРЛ, которым были выполнены радикальные операции. Все больные проходили лечение в онкологических лечебных учреждениях Югры в период с 1999 по 2009 гг. Специального отбора больных для выполнения исследования не проводилось.

Пациентов мы распределили по возрастным группам в соответствии с классификацией ВОЗ (1978): до 45 лет — молодого возраста, от 46 до 59 лет — среднего возраста, от 60 до 74 лет — пожилого возраста.

Пациентов молодого возраста было 83 (12,5%), среднего возраста — 400 (60,2%) и пожилого возраста — 181 (27,3%). Средний возраст составлял 54,9 года. Среди пациентов преобладали представители мужского пола — 561 (84,5%), тогда как женского лишь 103 (15,5%), соотношение 5,4 : 1.

В группе пациентов молодого возраста, соотношение мужчин к женщинам составило 2,5:1, в группах больных среднего и пожилого возраста 6,7:1 и 5,7:1 соответственно, разница была статистически значима ( $p < 0,01$ ).

Стадирование заболевания проводилось в соответствии с шестым изданием классификации TNM (ВОЗ, 2002). I стадия заболевания чаще диагностирована у пациентов молодого возраста (59,0%), чем у больных среднего, пожилого

и старческого возраста, что вероятно связано с более активным проведением медицинских осмотров среди данной группы населения (табл. 1). Однако диагностирование IIIA и IIIB стадии рака лёгкого у больных всех возрастных групп было одинаковым. Преобладание плоскоклеточного рака наблюдалось у больных во всех группах, однако, с возрастом доля его увеличивалась (56,6%, 54,8%, 62,4% соответственно).

Таблица 1

Статистика TNM в возрастных группах

pTNM	Возраст					
	Молодой		Средний		Пожилой	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стадия IA	23	27,7±4,9	84	21,0±2,0	38	21,0±3,0
Стадия IIA	26	31,3±5,1	131	32,8±2,3	58	32,0±3,4
Стадия IIB	1	1,2±1,1	20	5,0±1,0	9	5,0±1,6
Стадия IIIB	11	13,3±3,7	57	14,3±1,7	29	16,0±2,7
Стадия IIIB	18	21,7±4,5	86	21,5±2,1	39	21,5±3,1
Стадия IIIB	4	4,8±2,3	22	5,5±1,1	8	4,4±1,5
Всего	83	12,5±1,3	400	60,2±1,9	181	27,3±1,7

Среди молодых пациентов аденокарцинома встречалась чаще, чем в других возрастных группах (табл. 2). Доля аденокарциномы с увеличением возраста уменьшалась (41,0%, 34,2%, 28,2% соответственно).

Крупноклеточный рак в молодом возрасте не встречался. Частота встречаемости диморфного рака существенно не отличалась в возрастных категориях.

Распределение больных по объёму выполненного оперативного вмешательства представлено в табл. 3. В группе больных молодого возраста органосохраняющих операций было выполнено больше (41,0%), чем в среднем и пожилом возрасте (36,5% и 27,6%). В среднем и пожилом возрасте преобладали резекции лёгкого (63,5% и 72,4%).

Описательные статистики представлены абсолютными значениями, процентными долями и стандартной ошибкой доли. Сравнение между группами осуществлялось с использованием критерия Стьюдента (t).

Таблица 2

**Типы гистологических форм рк  
в исследуемых возрастных группах**

Структура опухоли	Возраст			Всего
	Молодой	Средний	Пожилой	
Плоскоклеточный рак	47 (56,6±5,4%)	219 (54,8±2,5%)	113 (62,4±3,6%)	379 (57,1±1,9%)
Аденокарцинома	34 (41,0±5,4%)	137 (34,2±2,4%)	51 (28,2±3,3%)	222 (33,4±1,8%)
Диморфный рак	2 (3,4±1,9%)	18 (4,5±1,0%)	6 (3,3±1,3%)	26 (3,9±0,8%)
Крупноклеточный рак	-	26 (6,5±1,2%)	11 (6,1±1,7%)	37 (5,6±0,9%)
Всего	83	400	181	664

Таблица 3

**Р распределение больных  
по объёму оперативных вмешательств**

Объём операций	Молодой возраст	Средний возраст	Пожилой возраст
Лобэктомии	42 (50,6±5,5%)	216 (54,0±2,5%)	116 (64,1±3,6%)
Билобэктомии	7 (8,4±3,0%)	38 (9,5±1,5%)	15 (8,3±2,1%)
Пневмонэктомии	34 (41,0±5,4%)	146 (36,5±2,4%)	50 (27,6±3,3%)
Всего	83	400	181

Сведения о больных систематизированы в базе данных Microsoft Excel, статистическая обработка данных выполнена в программе SPSS 17.0. Выживаемость рассчитывалась по методу Kaplan-Meier.

**Результаты и обсуждение**

Послеоперационная летальность у пациентов молодого возраста была меньше (1,2%), по сравнению с больными среднего (3,8%) и пожилого возраста (4,4%) ( $p < 0,05$ ). Статистически значимых различий в количестве возникших послеоперационных осложнений в возрастных группах выявлено не было (19,3%, 16,5% и 17,7% соответственно).

При изучении влияния гистологической формы опухоли на общую выживаемость среди больных разных возрастных групп отмечено, что при плоскоклеточном и диморфном раке показатели оказались идентичными. Однако при аденокарциноме отдалённые результаты в группе молодых больных оказались статистически значимо лучше, чем в других группах (рис. 1). Общая пятилетняя выживаемость при аденокарциноме составила 85,0%; 54,5% и 53,0% соответственно в группах молодого, среднего и пожилого возраста ( $p < 0,01$ ). Наши результаты расходятся с данными других исследований [3, 4, 6].

При изучении влияния объёма оперативного вмешательства на лёгком, отмечено статистически значимое увеличение трёхлетней и пятилетней выживаемости при выполнении резекции лёгкого в объёме лоб- и билобэктомии, по сравнению с таковыми показателями после

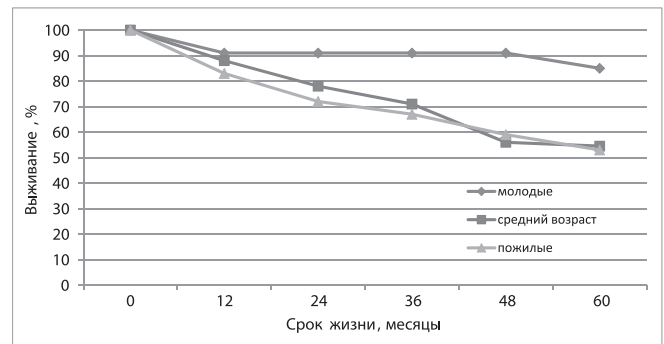


Рис. 1. Отдалённые результаты хирургического лечения больных с аденокарциномой лёгкого в зависимости от возраста.

пневмонэктомии (71% и 60%; 49% и 39% соответственно), ( $p < 0,01$ ). Конечно, на выживаемость также влияла и стадия заболевания. Однако при сравнении в группах с одинаковыми стадиями по TNM, выживаемость при резекции лёгкого также была выше, чем при пневмонэктомии. Различия в отдалённых результатах лечения пациентов молодого возраста в зависимости от объёма операции на лёгком, в сравнении с другими возрастными группами выявлено не было.

Нами проведена сравнительная оценка непосредственных и отдалённых результатов операций при раке лёгкого с различным объёмом лимфодиссекции. Мы использовали классификацию медиастинальной лимфодиссекции (P. Goldstraw):

1. Медиастинальная лимфодиссекция не выполнялась.
2. Системная биопсия.
3. Систематическая лимфодиссекция (ипсилатеральная радикальная лимфодиссекция — 1-10 группы лимфоузлов по классификации T.Naruke).
4. Двусторонняя (ипси- и контралатеральная) лимфодиссекция.

В нашем исследовании выполнялись первые три варианта лимфодиссекции. Сравнение проводилось в группах пациентов с одинаковой распространённостью опухоли. Пятилетняя общая кумулятивная выживаемость после операций с систематической лимфодиссекцией составила 60%, а после других вариантов — 47-48%. Медиана выживаемости после операций с систематической лимфодиссекцией была 87 месяцев. Тогда как медиана выживаемости при системной биопсии была 54 месяца, а при отсутствии таковой — 49 месяцев. В отличие от данных R. J. Cerfolio et al. [5], при сравнении общей 5-летней выживаемости, последняя была статистически значимо выше во всех возрастных группах после выполнения систематической лимфодиссекции. В табл. 4 приведены отдалённые результаты лечения больных с систематической лимфодиссекцией.

В группе больных молодого возраста отдалённые результаты при систематической лимфодиссекции были лучше во всех стадиях в отличие от других возрастных групп ( $p < 0,05$ ). Только во II стадию заболевания разница в пятилетней выживаемости между больными молодого и пожилого возраста была статистически не значима ( $p > 0,05$ ).

Таблица 4

**Отдаленные пятилетние результаты хирургического лечения больных НМРЛ с выполнением систематической лимфодиссекции**

Стадия	Молодой возраст (n=36)	Средний возраст (n=209)	Пожилой возраст (n=100)
I	92±4,5%	82±2,7%	74±4,4%
II	75±7,2%	42±3,4%	69±4,6%
III	57±8,2%	29±3,1%	32±4,7%

В отличие от других исследований [7], молодой возраст влиял на исходы хирургического лечения рака лёгкого. Показатели общей 5-летней выживаемости у молодых больных оказались лучше, чем в других возрастных группах (табл. 5). В IA, IB, IIIA, IIIB стадиях у пациентов молодого возраста общая выживаемость была статистически значимо выше, чем у пациентов других возрастных групп. Во IIA и IIIB стадиях разница в показателях была статистически незначима из-за небольшого количества пациентов молодого возраста. В целом результаты хирургического лечения НМРЛ в молодом возрасте прогностически более благоприятные, чем в других возрастных группах.

Таким образом, среди больных НМРЛ, молодые пациенты составили 12,5%. Среди молодых пациентов аденокарцинома встречалась чаще, чем в других возрастных группах. При аденокарциноме отдаленные результаты у молодых больных оказались статистически значимо лучше. 5-летняя выживаемость при аденокарциноме составила 85%; 54,5% и 53% соответственно в группах молодого, среднего и пожилого возраста ( $p < 0,01$ ). Различий в отдаленных результатах лечения пациентов молодого возраста в зависимости от объема операции на лёгком, в сравнении с другими возрастными группами выявлено не было. В целом 5-летняя выживаемость больных молодого возраста после хирургического лечения выше, чем в других возрастных группах 66%, 52% и 47% соответственно ( $p < 0,05$ ). 5-летняя общая выживаемость после операций с систематической лимфодиссекцией составила 60%, а после других вариантов — 47-48%. В молодом возрасте отдаленные результаты при систематической лимфодиссекции были лучше во всех стадиях в отличие от других возрастных групп. Несмотря на некоторые клинические различия, лучшие показатели результатов радикального хирургического лечения у больных молодого возраста опровергают данные о «более злокачественном» течении заболевания в молодом возрасте.

#### SURGICAL TREATMENT OF LUNG CANCER IN YOUNG PATIENTS

A. A. Aksarin, S. M. Kopeyka

Budgetary Institution of Khanty-Mansiysk Autonomous District-Yugra «Surgut District Clinical Hospital»

**Abstract.** The article presents the results of surgical treatment of nonsmall cell lung cancer in young patients. Five-year survival in young patients with adenocarcinoma was

Таблица 5

**Отдаленные пятилетние результаты в зависимости от стадии р к лёгкого**

Стадия	Молодой возраст	Средний возраст	Пожилой возраст
IA	87±4,4%	78±4,5%	64±7,7%
IB	74±6,5%	62±4,2%	50±6,5%
IIA	80±15,0%	59±10,9%	36±16,0%
IIB	42±14,8%	36±6,3%	64±8,9%
IIIA	54±11,7%	31±4,9%	27±7,1%
IIIB	35±19,8%	0	0
Общая выживаемость	66±5,1%	52±2,5%	47±3,7%

higher than in other age groups. Long-term results of treatment in young patients in I and III stages were better than those of middle and old age.

**Key words:** nonsmall cell lung cancer, surgery

#### Литература

1. Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. Атлас по онкологии. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — С. 181-207.
2. Состояние онкологической помощи населению Ханты-Мансийского автономного округа в 2011 году. — Ханты-Мансийск, 2011. — С. 2.
3. Полоцкий Б.Е. Хирургическое лечение немелкоклеточного рака легкого (результаты, факторы прогноза и биологические особенности опухоли): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995. — 52 с.
4. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Рак легкого: руководство, атлас. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 251 — 372.
5. Cerfolio R.J., Bryant A.S., Minnich D.J. Complete Thoracic Mediastinal Lymphadenectomy Leads to a Higher Rate of Pathologically Proven N2 Disease in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer // Ann. Thorac. Surg. — 2012. — Vol. 94, № 3. — P. 902-906.
6. Hubbard M.O., Margevicius P. Fu, S., Dowlati A. et al. Five-year survival does not equal cure in non-small lung cancer: A Surveillance, Epidemiology, and End Results-based analysis of variables affecting 10- to 18-year survival // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 2012. — Vol. 143, № 6. — P. 1307-1313.
7. Martini N., Rusch V.W., Bains M.S. et al. Factors influencing ten-year survival in resected stages I to IIIA non-small cell lung cancer. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1999. — Vol. 117, № 1. — P. 32-38.

#### Сведения об авторах

Аксарин Алексей Александрович — кандидат медицинских наук, руководитель клинко-диагностического центра онкологии, Бюджетное учреждение ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница».

Адрес: 628408, г. Сургут, ул. Энергетиков, г. 14; тел. (3462) 527244; e-mail: alexaa1971@mail.ru.

Копейка Сергей Михайлович — врач-онколог онкологического отделения клинко-диагностического центра онкологии, Бюджетное учреждение ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница».

Адрес: 628408, г. Сургут, ул. Энергетиков, г. 14; тел. (3462) 527244; e-mail: kopsm@yandex.ru.