

3. Amasura Y., Goya T., Koshiishi Y., Sohara Y., Eguchi K., Mori M., Nakanishi Y., Tsuchiya R., Shimokata K., Inoue H., Nukiwa T. and Miyaoka E. A Japanese Lung Cancer Registry study: Prognosis of 13,010 resected Lung Cancers // J. Thorac. Oncol. - 2008. - Vol. 3. - P. 46-52.

4. Fang D., Zhang D., Huang G., Zhang R., Wang L and Zhang D. Results of surgical resection of patients with primary lung cancer: a retrospective analysis of 1,905 cases // Ann. Thorac. Surg. - 2001. - Vol. 72. - P. 1155-1159.

5. Goya T., Amasura Y., Yoshimura H., Kato H., Shimokata K., Tsuchiya R., Sohara Y., Miya T and Miyaoka E. Prognosis of 6,644 resected non-small lung cancers in Japan: Japanese Lung Cancer Registry study // Lung Cancer. - 2005. - Vol. 50. - P. 227-234.

6. Konrad M.W., Hemstreet G., Hersh E.M., et al. / Pharmacokinetics of recombinant interleukin-2 in humans // Cancer Res. - 1990. - №50. - P. 2009-2017.

7. Mountain C.F. /Revision in the International System for Staging Lung Cancer // Chest. - 1997. - Vol. 111. - P. 1710-1717.

8. Nicolson M., Gilligan D., Smith I. et al. / Pre-operative chemotherapy in patients with resectable non-small-cell lung cancer (NSCLC): First results of the MRC/NVALT/EORTC 08012 multi-center randomized trial // J.Clin.Oncol. - 2007. - Vol. 25. - №18. - P. 7518.

9. Pignon J.P., Tribodet H., Scagliotti G.V. et al. Lung Adjuvant Cisplatin Evaluations (LACE): A pooled analysis of the five randomized clinical Trials including 4,584 patients // J.Clin.Oncol. - 2006. - Vol. 24. - № 18. - P. 7008.

10. Van Rens M.T., de la Riviere A.B., Elbers H.R. and van Den Bosch J.M. Prognostic assessment of 2361 patients who underwent pulmonary resections for non-small cell Lung Cancer, stage 1, 2 and 3A // Chest. - 2000. - Vol. 117. - P. 374-379.

ХИМИОИНФУЗИЯ В БРОНХИАЛЬНУЮ АРТЕРИЮ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО III СТАДИИ

**Д.Т. Арыбжанов, С.Е. Оспанов, Н.К. Орманов,
Д.С. Сексенбаев, А.Н. Орманов**

**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия
Областной онкологический центр, г. Кызылорда
Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан**

*Арыбжанов Дауранбек Турсункулович, зав. отделением
химиотерапии и эндоваскулярной онкологии
Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера,
доцент кафедры хирургических дисциплин №1 с курсом онкологии
Южно-Казахстанской государственной фармацевтической
академии, канд. мед. наук,
160021, Казахстан, г. Шымкент,
областной онкологический диспансер,
тел. 8 (7252) 22-19-54, *117,
e-mail: davran_a@mail.ru*

Проанализированы результаты неоадьювантной химиотерапии 50 больных немелкоклеточным раком легкого. К моменту начала терапии 11 (22%) больных имели ателектаз легких. Все пациенты получили 2 цикла неоадьювантной химиотерапии. После одного курса химиотерапии у 21 (42%) отмечена частичная регрессия процесса. После двух курсов химиотерапии у 38 (76%) пациентов отмечена частичная регрессия. Из 50 больных прооперированы 35 (70%). Из 35 оперированных больных 25 произведена расширенная пульмонэктомия, 10 - расширенно-комбинированная пульмонэктомия с резекцией перикарда и интраперикардиальной обработкой сосудов и корня легкого. Применение цитостатиков в режиме внутриартериального введения может улучшить непосредственные результаты лечения на 10-15%, что даст возможность эффективно закончить лечение по выбранной программе.

Ключевые слова: химиоинфузия, немелкоклеточный рак легкого, неоадьювантная химиотерапия.

CHEMOTHERAPY INFUSION INTO THE BRONCHIAL ARTERY IN THE COMBINED TREATMENT OF THE NON-SMALL CELL LUNG CANCER OF III STAGE

D.T. Arybzhhanov, S.E. Ospanov, N.K. Ormanov, D.S. Seksenbaev, A.N. Ormanov

The results of neoadjuvant chemotherapy of 50 patients with small cell lung cancer were analyzed. At 11 (22 %) patients at the primary reference took place atelectasis the struck share or all lung. To all patients it has been lead on two cycles neoadjuvant chemotherapy. After one rate of chemotherapy at 21 (42 %) patients note partial regress of process. After 2x rates of chemotherapy at 38 (76 %) patients note partial regress of process. From 50 patients are subjected to surgical treatment 35 (70 %) patients. From 35 operated patients in 25 cases it is made expanded pulmonectomy, and 10 cases combination expanded pulmonectomy with a resection of a pericardium with intrapericardial, separate processing of vessels of a root of a lung. Application citostatics in a mode of intraarterial introduction can improve direct results of treatment on 10-15 % that will enable effectively to finish treatment under the chosen program.

The key words: hemotherapy infusion, non-small cell lung cancer, neoadjuvant chemotherapy.

Рак легкого (РЛ) — широко распространенное заболевание. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями РЛ в мире занимает 1-е место [1,3,5]. Показатель заболеваемости раком легкого населения России в 1997 г. составил 44,69 на 100000 населения, в 2007 г. - 40,2 на 100000 населения. Если в 1970 году в республике Казахстан заболеваемость раком легкого составила 15,2%, то к 2007 году она выросла до 22,6% и в структуре онкологической заболеваемости с 1985 года занимает 1-ое место [1,3]. Мужчины заболевают в 5–8 раз чаще женщин. Наиболее часто заболевание регистрируется в возрасте 50 лет и старше. Летальность больных в течение первого года с момента установления диагноза составляет в разных странах от 55,3% до 80% [2,6,8,9].

Среди гистологических форм основную массу больных РЛ составляет немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) (78-84%). Учитывая, что более половины больных НМРЛ уже неоперабельны на момент установления диагноза либо в связи с местно-распространенным процессом, либо в связи с наличием отдаленных метастазов, очевидна актуальность разработки методов лекарственной терапии этой формы рака. В настоящее время лекарственная терапия НМРЛ - одна из наиболее динамично развивающихся разделов химиотерапии опухолевых заболеваний. Мета-анализ индивидуальных данных 11 рандомизированных исследований показал, что использование платиносодержащих комбинаций в сочетании с лучевой терапией на 10% снижает риск смерти у больных НМРЛ по сравнению с применением только лучевой терапии [4,7,10,12]. Эффективным оказалось использование комбинированной химиотерапии, включающей производные платины в плане неoadъювантной (предоперационной) химиотерапии у больных НМРЛ IIIa, б стадий. Предоперационная химиотерапия, как было показано в рандомизированных исследованиях, более чем в 3 раза увеличивает выживаемость больных, получив-

ших перед операцией 3 курса платиносодержащей комбинированной химиотерапии по сравнению с контрольной группой, подвергшейся лишь операции [13,14,15].

Учитывая выше изложенное, авторами применена предоперационная химиотерапия у больных раком легкого III стадии с использованием регионального введения цитостатиков в бронхиальную артерию.

Цель исследования

изучение непосредственных результатов комбинированного лечения больных НМРЛ с применением неoadъювантной химиотерапии за 5 (2004-2009гг.) лет.

Материалы и методы

Начиная с июня 2004 г, имелся практический опыт лечения 50 больных с местнораспространенным центральным раком легкого (Т3N1-2M0) в возрасте 42-65 лет. У 11 (22%) больных при первичном обращении имел место ателектаз пораженной доли или всего легкого. Морфологически в 36 (72%) случаях был плоскоклеточный рак легкого, в 14 (28%) случаях – аденокарцинома. Всем больным из-за сомнений операбельности процесса было проведено по два цикла неoadъювантной полихимиотерапии. У 4 (8%) больных по схеме EP: Вепезид 120 мг/м², Цисплатин 80 мг/м² с дополнением длительной инфузией 5-фторурацила 5000 мг в течении 120 часов, у 24 (48%) больных по схеме TP: Таксотер 75 мг/м², Цисплатин 75 мг/м², у 22 (44%) больных по схеме EP: Вепезид 120 мг/м², Цисплатин 80 мг/м². При этом у 20 (40%) больных было произведено внутриапериальное регионарное введение препаратов с селективной катетеризацией бронхиальной артерии (рис. 1).

Результаты и обсуждение

При контрольном осмотре после одного курса химиотерапии у 21 (42%) больного рентгенологи-

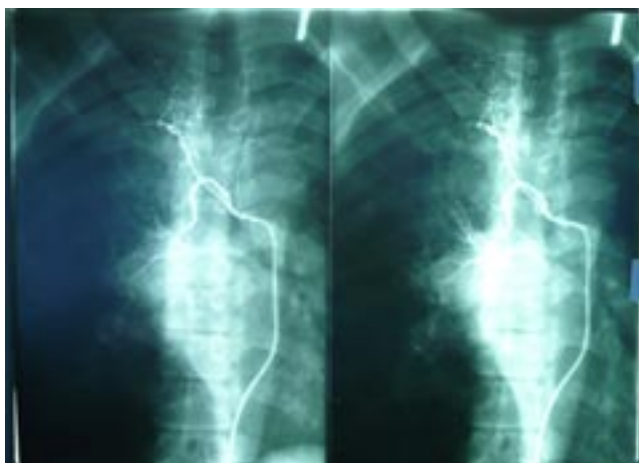


Рис. 1. Селективная катетеризация бронхиальной артерии пациента М., 52 года. Диагноз: центральный рак правого легкого Т3N1M0, III St. Ангиограмма а. Brochialis справа

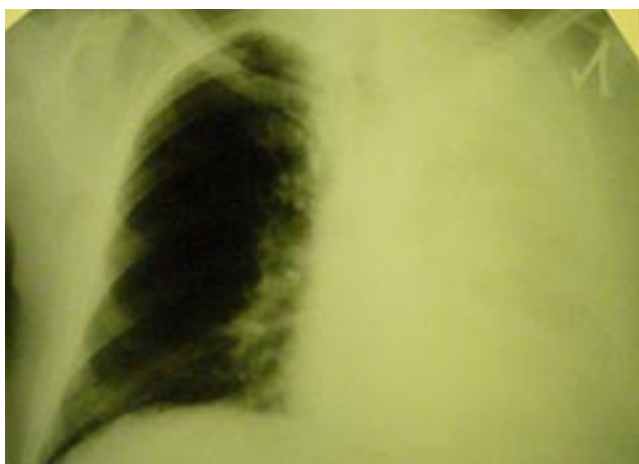


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма больного Ш., 65 лет (до лечения). Диагноз: центральный рак левого легкого Т3N2M0, III-б St. Левосторонний плеврит с ателектазом легкого



Рис. 3. Обзорная рентгенограмма больного Ш., 65 лет (после предоперационной химиотерапии). Диагноз: центральный рак левого легкого Т3N2M0, III-б St. Частичная регрессия процесса



Рис. 4. Обзорная рентгенограмма больного Ш., 65 лет (после пульмонэктомии через 2 года). Диагноз: центральный рак левого легкого Т3N2M0, III-б St. Состояние после комбинированной терапии

чески отмечена частичная регрессия процесса, в том числе у 3 (6%) больных восстановление дыхательной функции легких в ранее ателектазированных участках, у 29 (58%) больных – стабилизация процесса. После 2-х курсов химиотерапии у 38 (76%) больных отмечена частичная регрессия процесса, эндоскопически у 14 (28%) проходимость бронхов восстановлена до сегментарных бронхов (рис. 2, 3, 4). Рентгенологически отмечена возможность операбельности процесса во всех 38 случаях. Из 50 больных подвергнуты хирургическому лечению 35 (70%) больных (у 3-х больных отмечено противопоказание к хирургическому вмешательству в связи с присоединением сопутствующей сердечно-сосудистой патологии).

Из 35 оперированных больных в 25 случаях произведена расширенная пульмонэктомия, а в 10 случаях – комбинированно-расширенная пульмонэктомия с резекцией перикарда с интраперикардальной раздельной обработкой сосудов корня легкого. Послеоперационный период во всех случаях протекал без особенностей. Послеоперационный результат гистологического исследования во всех случаях показал лекарственный патоморфоз III-IV степени. 3 больных в послеоперационном периоде получили лучевую терапию по радикальной программе. В раннем послеоперационном периоде умерла 1 больная из-за нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности. После хирургического этапа все больные получили лучевую терапию на область средостения РОД 2Грей, СОД 45-50 Грей. Затем еще по 2-4 консолидирующих курса химиотерапии по той же схеме, что и до операции.

Заключение

Таким образом, использование новых противоопухолевых препаратов, в первую очередь, ингибиторов топоизомеразы 1 (Этопозид) и таксанов в сочетании с производными платины позволило повысить операбельность больных с распространенным НМРЛ. Производные платины пока остаются осно-

вой современной комбинированной химиотерапии НМРЛ. Однако предоперационная неоадьювантная химиотерапия и химиолучевая терапия с последующей операцией могут считаться апробированным методом и рассматриваться как один из вариантов лечения при III стадии НМРЛ. Применение цитостатиков в режиме внутриартериального введения может улучшить непосредственные результаты лечения на 10-15%, что даст возможность эффективно закончить лечение по выбранной программе.

Список литературы

1. Абисатов Х.А. Клиническая онкология (руководство). – Алматы: изд. «Арыс», 2007. - 1240 с.
2. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. Рак легкого. – М.: «Радикс», 1994. - С. 210.
3. Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Юсупов А.М. и др. Эффективность неоадьювантной химиотерапии немелкоклеточного рака легкого // Актуальные проблемы клинической онкологии: Республ. научно-практич. Конференция. - Семей, 2007. - С. 150-151.
4. Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Султанов Р.Р. Результаты лечения рака легкого // Вестник хирургии Казахстана. - №3. – 2005. - С. 113.
5. Онкология. Клинические рекомендации // Под ред. В.И.Чиссова и С.Л.Дарьяловой. – Москва: ГЭОТАР-«Медиа», 2006. - С. 193-230.
6. Орлова Р.В. Современное стандартное лечение больных немелкоклеточным раком легкого с учетом стадии заболевания // Практическая онкология. – 2000. - №3. – С. 17-20.
7. Переводчикова Н.И. Химиотерапия немелкоклеточного рака легкого – состояние проблемы в 2000 г. // Практическая онкология. – 2000. - №3. – С. 29-37.
8. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онко-пульмонология. –Москва: ГЭОТАР «Медицина», 2000. – 600 с.
9. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого. – М.: «Медицина», 1994 - С. 480.
10. Burkhart N.M., Allen M.S., Nichols F.C. et. al. Results of en bloc resection for bronchogenic carcinoma with chest wall invasion // J. Thorac. Cardiovasc. Surg, 2002. - Vol. 123. - P. 670-675.
11. Curan W.J. Issues in the nonoperative management of patients with locally advanced non-small cell lung cancer // Proc. ASCO. - 1999. - P. 370-373.
12. Holmes A.C. Surgical adjuvant therapy for stage II and stage III adenocarcinoma and large cell undifferentiated carcinoma // Chest. - 1994. - Vol. 106. - №6. - P. 293-296.
13. Gumerlock P.H. Molecular-clinical correlative studies in non-small cell lung carcinoma // ASCO. - 1999. - P. 374-381.
14. Kelly K. Future Directions for New Cytotoxic Agents in the treatment of advanced non-small-cell lung cancer // Proc. ASCO. – 2000. – Educational book. - P. 357-367.
15. Marsiglia H., Baldeyrou P., Lartigau E. et.al. High-dose-rate brachytherapy as sole modality for early-stage endobronchial carcinoma // Inter. J. Radiat Oncol. Biol. Phys. – 2000. - Vol. 47. - P. 665-672.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Б.А. Бакиров, Л.Ф. Латыпова

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

Бакиров Булат Ахатович,
врач-гематолог гематологического отделения,
450000, Россия, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Достоевского, д. 132,
тел. 8 (347) 228-95-72,
e-mail: bakirovb@gmail.com

Проведен анализ заболеваемости и распространенности хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) за период с 1990 по 2009 годы. Установлен значительный рост распространенности ХЛЛ как среди мужчин, так и среди женщин. Заболеваемость и распространенность ХЛЛ была статистически значимо выше среди городских жителей, чем сельских. Анализ заболеваемости и распространенности ХЛЛ по полу выявил более высокие значения среди мужчин, чем среди женщин. При анализе заболеваемости ХЛЛ по возрасту выявлено, что наибольший показатель зарегистрирован в возрастной группе 80-84 года (8,05 на 100 тыс. населения), наименьший – 25-29 лет (0). Выявлен рост заболеваемости в возрасте 45-74 и 85 лет и старше и снижение показателя в возрасте 75-84 лет.

Ключевые слова: хронический лимфолейкоз, распространенность, заболеваемость.