

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Шепетько М.Н.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Реферат. Анализируется группа пациентов с немелкоклеточным раком легкого с позиции возникновения другого новообразования.

Ключевые слова: немелкоклеточный рак легкого, первично-множественные синхронные опухоли, первично-множественные метасинхронные опухоли, клинические группы диспансерного наблюдения.

Введение. Рак легкого (РЛ) представляет огромную медико-социальную проблему и является основной причиной смерти во всем мире. Появление новых диагностических методов исследования, совершенствование техники выполнения хирургических операций на грудной полости, разработка и внедрение новых схем противоопухолевой терапии улучшили качество и продолжительность жизни пациентов с данной патологией. За последние десятилетия внимание врачей-онкологов стала привлекать проблема существования нескольких злокачественных новообразований в организме одного и того же пациента, или т. н. первично-множественных неоплазий, или первично-множественных новообразований. Увеличение числа первично-множественных опухолей (ПМО) можно связать с увеличением продолжительности жизни пациентов после лечения первичной злокачественной опухоли, тщательным динамическим наблюдением за пациентами, перенесшими злокачественное новообразование, и повышенную онкологическую настороженность врачей в отношении возникновения рецидива болезни и появления новообразования другой локализации, биологическими свойствами некоторых злокачественных неоплазий [1, 3, 4]. В настоящее время под первичной множественностью опухолей понимают независимое возникновение и развитие у одного пациента двух или более новообразований.

Согласно международным критериям, к первично-множественным новообразованиям относятся опухоли «одинаковой» или «различной» гистоструктуры, возникшие в различных органах, а также возникшие в одном и том же органе, но с разной гистологической структурой. Основным критерием для определения первичной множественности опухолей является то, чтобы они не являлись метастазами первичной опухоли (Петров Н.Н., 1947). Ханов А.М. считает, что выявление и регистрация первично-множественных новообразований происходит в основном тремя путями:

1. Обнаружение одновременно существующих опухолей.
2. Выявление опухоли и установление ретроспективно по анамнестическим данным факта первого новообразования.
3. Выявление последующей опухоли при диспансерном наблюдении, что требует длительной и качественной диспансеризации онкологических пациентов [4].

Накопление в популяции пациентов с РЛ поставило перед клиницистами задачу динамического наблюдения, выявления раннего рецидива и прогрессирования заболевания. Однако с течением времени обнаружилась тенденция к появлению у леченных пациентов с РЛ другой доброкачественной или злокачественной опухоли.

Цель работы — оценка частоты возникновения первично-множественных новообразований у пациентов с немелкоклеточным раком легкого.

Материалы и методы. В материал для исследования вошли наблюдения за 276 пациентами с гистологически верифицированным немелкоклеточным РЛ, находившимися на лечении в Минском городском клиническом онкологическом диспансере с 2003 по 2015 гг. Анализируемая группа пациентов была строго отобрана в соответствие с четкими гистологическими критериями (ВОЗ, 3-е изд., 1999) немелкоклеточного рака легкого, куда вошли пациенты с плоскоклеточным раком и аденокарциномой. В группу вошли пациенты, подвергнутые хирургической операции различного объема с установленной стадией 1–4 НМРЛ по международной классификации TNM/pTNM (7-е изд., 2009). Данные онкологического анамнеза о существующем другом онкологическом процессе учитывались при формировании группы. Все пациенты отслеживались в течение указанного периода в соответствие с 3-й клинической группой диспансерного наблюдения.

После хирургического лечения в алгоритм контрольного обследования в обязательном порядке входили оценка существующих симптомов, осмотр кожных покровов, пальпация периферических лимфатических узлов, рентгенография органов грудной клетки, дополненная компьютерной томографией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пальцевое исследование прямой кишки, для женщин — гинекологический осмотр. В зависимости от появления или изменения объективных и субъективных симптомов обследование могло быть дополнено фиброгастроскопией (ФГДС), фиброколоноскопией (ФКС), анализом крови на простатспецифический антиген (ПСА).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием компьютерной программы Statistica 7.0 и MS Excel. Выживаемость пациентов исследуемой группы рассчитывалась от дня хирургической операции до даты смерти пациента или даты установления контакта во время контрольного осмотра методом Kaplan–Meier.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов анализируемой группы, состоящей из 276 пациентов, составил 61,4 года (36–92 года), соотношение мужчин и женщин распределилось как 1:3 (22,8% женщин и 77,2% мужчин). С 2003 по 2015 гг. 3-летняя выживаемость составила 64%, 5-летняя — 49%, 10-летняя — 23%. Медиана выживаемости в течение 10 лет равнялась 46,8 мес. (рисунки).

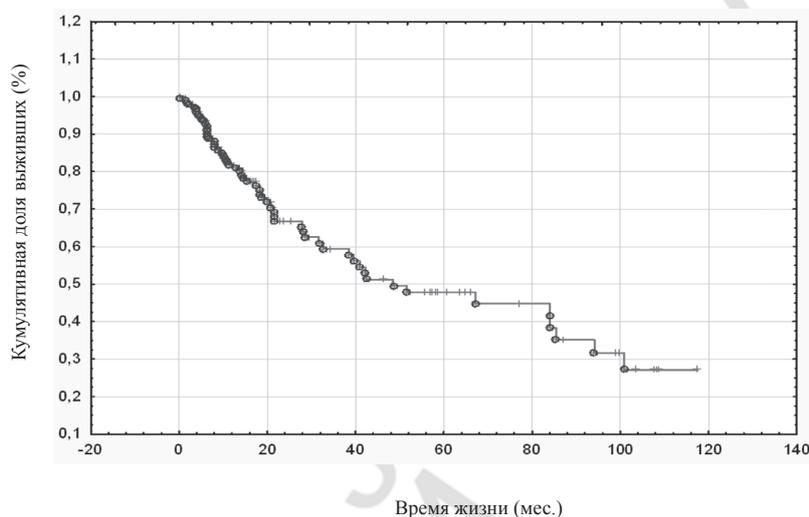


Рисунок — Выживаемость пациентов с немелкоклеточным раком легкого

У 27 (9,8 %) пациентов с немелкоклеточным раком легкого в различные сроки были диагностированы другие злокачественные новообразования: базалиома и гистиоцитома кожи, рак губы, рак гортани, рак легкого, рак пищевода и желудка, рак прямой и ободочной кишки, рак надпочечников, рак молочной железы, рак шейки матки, рак эндометрия, рак простаты, рак мочевого пузыря, рак лоханки и мочеточника (таблица).

Таблица — Частота встречаемости других злокачественных новообразований у пациентов с немелкоклеточным раком легкого

Системы органов/нозологическая единица	Количество пациентов/частота встречаемости, %
Новообразования кожи	4 (1,4%)
Базалиома	2
Гистиоцитома кожи	1
Рак нижней губы	1
Новообразования органов дыхания	6 (2,2%)
Рак гортани	1
Рак легкого	5
Новообразования органов пищеварения	6 (2,2%)
Рак желудка	2
Рак пищевода	1
Колоректальный рак	3
Опухоли эндокринные	1 (0,4%)
Рак надпочечников, яичника	1
Опухоли женской репродуктивной системы	5 (1,8%)
Рак молочной железы	1
Рак шейки матки	2
Рак эндометрия	1
Урологические опухоли	5 (1,8%)
Рак простаты	3
Рак мочевого пузыря	1
Рак мочеточника лоханки	1
Всего	27 (9,8%)

Доброкачественные процессы диагностированы у 9 (3,2%) пациентов. Среди них наиболее часто встретились фибромиома матки — 4 пациентки, полип цервикального канала — 1, дисплазия эндометрия — 1, кисты печени — 1, поликистоз почек — 1, полипоз прямой кишки — 1 пациент. Следовательно, если не учитывать двух единичных случаев поликистоза почек и кист печени в нашем исследовании первично-множественные новообразования доброкачественного и злокачественного характера встретились у 36 (13%) пациентов анализируемой группы, средний возраст которых составил 64,2 года в возрастном диапазоне 48–92 года (24 мужчины, 12 женщин).

Наиболее частым вариантом ПМЗО было сочетание двух неоплазий. Рак яичника, рак надпочечника и немелкоклеточный рак легкого встретился в одном наблюдении. Синхронность ПМЗО, когда одна опухоль диагностируется от другой в срок менее полугода, наблюдался в 1,8% случаев, в остальных 11,2% опухоли носили ме-

тахронный характер или вторая опухоль диагностировалась от первой в срок более 6 мес. Из них немелкоклеточный рак легкого был первой злокачественной опухолью у 30 пациентов, второй опухолью только в 6 случаях.

У пациентов с ПМЗО в 5,4% случаев (15 пациентов) установлена I ст. рака легкого, в 2,2% (6 пациентов) — II ст., в 1,8% (5 пациентов) — III ст. и в 0,4% (1 пациент) — IV ст. немелкоклеточного рака легкого в качестве второй опухоли.

Следовательно, наиболее частыми злокачественными новообразованиями другой локализации в нашем исследовании были новообразования легкого и ЖКТ, далее идут по частоте встречаемости опухоли женской репродуктивной системы, урологические у мужчин и новообразования кожи. Из новообразований доброкачественного характера чаще всего диагностировались фибромиомы матки и полипы различных локализаций.

Заключение. Анализ приведенных данных показывает, что в 13% случаев у пациентов с немелкоклеточным РЛ встречаются злокачественные и доброкачественные новообразования множественного характера. Из них, несмотря на существующий рак легкого, в легочной ткани может с течением времени развиться другой рак иной гистоструктуры и дифференцировки. Вторым по частоте обнаружения был рак желудка. В эпидемиологическом исследовании Н.А. Артемова приводит результаты, согласно которым с 1990 по 2007 гг. от 5 до 9% отмечен рост ПМЗО, одной из которых является рак легкого. При этом ПМЗО чаще всего сочетается с двумя опухолями, которые у мужчин сочетаются с раком легкого (21,5%), кожи, желудка и гортани. У женщин с опухолью в легком в этом исследовании ПМЗО сочетались с новообразованиями кожи, молочной железы, желудка, прямой кишки [2].

Учитывая полученные результаты, можно сделать неоднозначный вывод о том, что возраст пациентов, заболевших РЛ, результаты лечения, качество контрольного обследования влияют на своевременную выявляемость не только рецидива и прогрессирования первой опухоли, но и второй злокачественной опухоли. Критическими органами в отношении поиска новообразований другой локализации при раке легкого по-прежнему остаются на первом месте органы дыхания, пищеварительный тракт, органы женской и мужской репродуктивной системы. Почти четверть пациентов старшей возрастной категории с немелкоклеточным раком легкого переживают 10-летний срок наблюдения после соответствующего лечения. За этот период частота возникновения злокачественного новообразования у данной категории пациентов может быть такая же, как и частота возникновения злокачественных новообразований в общей популяции, а именно рака легкого у мужчин, рака кожи, рака желудка, новообразований женской и мужской репродуктивной системы. Знания о возможности развития других новообразований у онкологических пациентов позволит клиницистам не допустить фатальных ошибок в их диагностике на поздних стадиях. Своевременное лечение другой злокачественной опухоли позволит увеличить продолжительность и качество жизни онкологических пациентов.

Литература

1. Multiple primary malignancies in patients with non-small cell lung cancer / S. Fujita [et al.] // Intern Med. — 2015. — Vol. 54, № 3. — P. 325–331.
2. Артемова, Н.А. Стратегия лучевого лечения рака легкого: клиничко-эпидемиологическое исследование: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.14 / Н.А. Артемова; ГУ «РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова». — Минск, 2009. — 45 с.
3. Океанов, А.Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2003–2012) / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин; под ред. О.Г. Суконко. — Минск: ГУ «РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова», 2013. — 373 с.
4. Ханов, А.М. Современные представления о первично-множественных опухолях. Классификации. / А.М. Ханов [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://travelexpress.lt/obschaja-onkologija/pervichno-mnozhestviennyje-opuholi.html>. — Дата доступа 13.05.2016.

PRIMARY-MULTIPLE TUMORS IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC)

Shapetska M.N.

Educational Establishment "The Belarusian State Medical University", Minsk, Republic of Belarus

This article includes information that relates multiple primary tumors in patients with lung cancer.

276 patients with lung cancer were analyzed from the perspective of the developing of other neoplasms.

The analysis demonstrates in patients with non-small cell lung cancer another tumors arise in 13% of cases. In spite of existing lung cancer, other cancer may develop in a pulmonary tissue at first. The second most frequent tumors was stomach cancer.

Keywords: non-small cell lung cancer, multiple synchronous primary tumors, metachronous multiple primary tumors, clinical groups of follow-up.

Поступила 28.07.2016