

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LUNG CANCER PATIENTS IN SOUTHERN KAZAKHSTAN

Абдурахманов Бабур Анварович
Доктор медицинских наук

Abdurakhmanov Babur Anvarovich
Doctor of Medical Sciences

Авизова Зейнеп Караидаровна

Avizova Zeinep Karaidarovna

Южно-Казахстанская медицинская академия

South Kazakhstan Medical Academy

E-mail: babur_ad@mail.ru

Резюме

Цель исследования. Изучение клинико-морфологических особенностей течения рака легкого.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили материалы базы данных электронного регистра онкологических больных (ЭРОБ) по г. Шымкент и Туркестанской области. В исследование были включены данные 129 пациентов. При выполнении работы использовались ретроспективный метод исследования, статистический метод обработки данных и аналитический метод.

Результаты. Анализ данных пациентов показывает, что среди больных было 37 женщин и 92 мужчин. Возраст больных варьировал от 27 до 75 лет, максимальное количество больных наблюдалось в возрастной группе от 50 до 59 лет - 33,3 %. Наиболее распространенным гистологическим типом был плоскоклеточный рак 41,8 %, за которой следует аденокарцинома 27,9 %, мелкоклеточный рак 10,8 %, другие виды рака 10,8 %, не был определен 3,8 %, не было проведено исследования 4,6 %. Первая стадия опухолевого процесса выявлена у 3 (2,3 %) больных, II стадия - 9 (6,9 %), III - 60 (46,5 %) и IV - 57 (44,1 %) больных.

Заключение. Данные наших исследований показывают, что чаще всего РЛ был диагностирован на III - 46,5 % и IV - 44,1 % стадиях. Большинство пациентов получили химиотерапию и меньше половины паллиативную химиотерапию, лишь 10 % были проведены оперативные вмешательства (пульмонэктомия, лобэктомия).

Ключевые слова: рак легкого, гистологический тип, задержка лечения, выживаемость, Южный Казахстан.

The purpose of the study. Study of clinical and morphological features of the course of lung cancer.

Materials and methods. The materials of the study were the materials of the database of the Electronic register of cancer patients (EROB) in Shymkent and Turkestan region. The study included data from 129 patients. When performing the work, a retrospective research method, a statistical method of data processing and an analytical method were used.

Results. Analysis of patient data shows that there were 37 women and 92 men among the patients. The age of patients ranged from 27 to 75 years, the maximum number of patients was observed in the age group from 50 to 59 years - 33.3%. The most common histological type was squamous cell carcinoma 41.8%, followed by adenocarcinoma 27.9%, small cell carcinoma 10.8%, other cancers 10.8%, was not determined 3.8%, not Studies were conducted in 4.6%. The first stage of the tumor process was detected in 3 (2.3%) patients, stage II - 9 (6.9%), III - 60 (46.5%) and IV - 57 (44.1%) patients.

Conclusion. Our research data show that most often RL was diagnosed at the III - 46.5% and IV - 44.1% stages. The majority of patients received chemotherapy and less than half received palliative chemotherapy, only 10% underwent surgical interventions (pulmonectomy, lobectomy).

Key words: lung cancer, histological type, treatment delay, survival, South Kazakhstan.

Библиографическая ссылка на статью

Абдурахманов Б.А., Авизова З.К. Клинико-морфологическая характеристика больных раком легкого в Южном Казахстане // Innova. - 2023. - Т. 9 № 3. - С.9-13.

References to the article

Abdurakhmanov B.A., Avizova Z.K. Clinical and morphological characteristics of patients with lung cancer in Southern Kazakhstan // Innova. - 2023. - T. 9 No. 3. - P.9-13.

Рак легкого среди неинфекционных заболеваний является причиной большинства смертей во всем мире [1], в том числе занимает 2-е место по распространенности [2]. В 2020 году было зарегистрировано более 19,2 миллионов новых случаев заболевания злокачественными новообразованиями и более 9,9 миллионов смертей от них. Это самый распространенный рак у мужчин и 2-й по распространенности рак у женщин. Согласно данным Всемирного Фонда исследований рака в 2020 году было зарегистрировано более 2,2 миллиона новых случаев рака легких [2].

Проблема РЛ актуальна и для Казахстана. По данным показателей онкологической службы РК в 2020 году было зарегистрировано 29 701 новый случай злокачественного новообразования [3]. Среди них 3375 случаев составляет рак легкого. Таким образом, в общей структуре злокачественных новообразований среди обоих полов РЛ занимает 2 место - 11,4 % после рака молочной железы, среди мужчин – первое место 20,4%. На протяжении многих лет рак легкого продолжает оставаться основной причиной смертности от рака в республике. Данная заболеваемость в структуре причин смерти от ЗН населения страны обоих полов последние тридцать пять лет подряд занимает 1-ю позицию, составив в 2020 году 16,4%. Она распространена среди различных слоев населения: болеют мужчины, женщины, лица трудоспособного возраста и пожилые люди.

Основной причиной нежелательных результатов в плане выживаемости при раке легкого является тот факт, что он обычно диагностируется на поздней стадии, когда у пациента проявляются симптомы. Раннее обнаружение симптомов болезни и правильная диагностика имеют решающее значение для повышения выживаемости. Разработка и применение методов раннего выявления опухолей обеспечивает высокую эффективность успешной терапии больных раком легкого. Согласно результатам исследований, начало лечения на ранних стадиях позволяет существенно увеличить шансы пациента на выздоровление и быстрее социальную и трудовую адаптацию. При этом пятилетняя выживаемость после лечения I стадии составляет 70 %, а IV стадии – менее 5 % [4].

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили ретроспективные данные пациентов с впервые установленным диагнозом рака легкого, получавших лечение в

отделениях ГКП на ПХВ «Городской онкологический центр» г. Шымкент и ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» Туркестанской области в период с января по декабрь месяц 2020 года. В основу исследования легли данные, полученные с базы данных электронного регистра онкологических больных (ЭРОБ) [5]. В исследование были включены данные 129 пациентов. При выполнении работы использовались ретроспективный метод исследования, статистический метод обработки данных и аналитический метод.

В период с января по декабрь 2020 года на вышеуказанных клинических базах было зарегистрировано 129 пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом РЛ, в том числе 57 пациентов из г. Шымкент и 72 пациента из различных районов Туркестанской области (далее ТО) Республики Казахстан.

Результаты. Анализ данных пациентов показывает, что среди больных было 37 женщин и 92 мужчин. Возраст больных варьировал от 27 до 75 лет, максимальное количество больных наблюдалось в возрастной группе от 50 до 59 лет - 33,3 %. Из симптомов наиболее часто наблюдалась слабость 89,1 %, одышка после физической нагрузки 55,8 %, сухой кашель 51,1 %, боль в грудной клетке 47,2 %, кашель со слизисто-гнойной мокротой 17,8 %, остальные симптомы составили меньше 15 % (снижение веса, потеря аппетита, кровохарканье, быстрая утомляемость).

Среди пациентов курильщики составили 27,1 %. Длительный стаж курения (более 10 лет) выявлен у 100 % курящих больных. Нет данных о том, что пациенты злоупотребляли алкоголем, а также не имеются данные о роде профессии пациентов, в частности, о профессиональных вредностях (работа в шахте, сельском хозяйстве, электросварочные работы).

Большинство 65,27 % обследованных пациентов имели различную сопутствующую патологию. В целом спектр сопутствующих заболеваний включал поражения сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта и ряд других. Среди сопутствующей патологии чаще всего наблюдалась гипертоническая болезнь 30,2%, хронический бронхит 25,5%, хронический холецистит 18,6%, сахарный диабет 6,2%, сочетание сопутствующей патологии 23,2 %.

Наиболее распространенным гистологическим типом был плоскоклеточный рак 41,8 %, за которой следует аденокарцинома 27,9 %, мелкоклеточный рак 10,8 %, другие виды рака

10,8 %, не был определен 3,8 %, не было проведено исследования 4,6 % (Таблица 1). Первая стадия опухолевого процесса выявлена у

3 (2,3 %) больных, II стадия - 9 (6,9 %), III - 60 (46,5 %) и IV - 57 (44,1 %) больных.

Таблица 1. Распределение больных по патогистологической характеристике первичной опухоли

Гистологический тип	Клинико-анатомическая форма	
	N	%
Плоскоклеточный рак	54	41,8
Аденокарцинома	36	27,9
Мелкоклеточный рак	14	10,8
Другие виды	14	10,8
Не определен	5	3,8
Не проведены исследования	6	4,6
Всего	129	100

Чаще всего у больных встречалась низкая степень дифференцировки опухоли – 25,5 % и умеренная степень – 21,15 %, реже наблюдалась высокая степень – 3,8 % случаев, в 50,3 % случаев отсутствовали данные о степени дифференцировки опухоли (Таблица 2).

Таблица 2. Степень дифференцировки первичной опухоли у больных РЛ

Степень дифференцировки опухоли	N	%
G3 Низкая	33	25,5
G2 Умеренная	26	20,15
G1 Высокая	5	3,8
Неизвестно	65	50,3

У 9,3 % случаев наблюдались резектабельные формы рака - данным пациентам были проведены оперативные вмешательства (пульмонэктомия, лобэктомия); химиотерапию получили 86,0 % пациентов, лучевую терапию 3,8 % и паллиативную химиотерапию получили 41,8 %.

Обращает на себя внимание, что 7,7 % пациентов с выраженными клиническими проявлениями в течение более 12 месяцев не

получали специализированной помощи по поводу опухолевого заболевания, в 20,9 % случаев от 6 до 12 месяцев, в 27,1 % случаев от 3 до 6 месяцев, в 34,1 % случаев от 1 до 3 месяцев и лишь в 2,3 % случаев составило менее месяца (Таблица 3). Большинство лечилось по поводу предполагаемой пневмонии, бронхита, туберкулеза или иных заболеваний.

Таблица 3. Продолжительность клинических проявлений от появления первых симптомов до обращения в Онкоцентр

Продолжительность периода от начала появления первых признаков до обращения в Онкоцентр (месяцы)	Количество пациентов	
	N	%
Менее 1	3	2,3
1-3	44	34,1
3-6	35	27,1
6-12	27	20,9

Более 12	10	7,7
Отсутствуют данные	10	7,7
Всего	129	100

Исследования, рассчитывающие рост опухолей легкого на основе математического моделирования, показывают, что для этого требуется от 10 до 15 лет от появления первой раковой клетки до возможности выявления РЛ с помощью обычной рентгенографии грудной клетки. Это указывает на то, что рост опухоли происходит медленно, и представляется маловероятным, что прогноз меняется из-за задержки постановки диагноза. Время, необходимое для удвоения объема опухолей легкого, колеблется от 4 до 56 недель, со средним временем 17 недель [6, 7]. При более быстром росте опухоли во время диагностических процедур может произойти удвоение объема первичной опухоли вместе с метастатическим распространением. Рост опухоли происходит экспоненциально, что означает, что даже при длительном анамнезе рост на момент обнаружения происходит быстрее, и длительные задержки, вероятно, являются негативным фактором в дальнейшем прогнозе заболевания. Было рекомендовано, чтобы между первым обращением пациента к терапевту и оперативным лечением должно пройти не более 6-8 недель [8].

Согласно рекомендациям Британского торакального Общества терапевт должен немедленно направлять пациентов с явными клиническими признаками рака легкого к пульмонологу, и пациенты должны записаться на прием к специалисту в течение 1 недели. Результаты исследований должны быть доступны и доведены до сведения пациента в течение 2 недель. Между первой консультацией пульмонолога и торакотомией должно пройти не более 8 недель, и не более 4 недель между приемом хирурга и проведением торакотомии.

Раннее выявление рака легкого показало лучшие показатели выживаемости среди людей, прошедших скрининг с помощью рентгенографии грудной клетки или компьютерной томографии, хотя еще не доказано, что это снижает смертность [8, с. 185]. Это указывает на то, что, когда диагноз поставлен на ранней стадии и заболевание ограничено, прогноз может быть лучше. В настоящее время, когда скрининг не является обычной практикой, усилия по улучшению выживаемости при РЛ должны быть сосредоточены на увеличении числа пациентов с резектабельными опухолями.

По г. Шымкент средняя задержка от появления первых симптомов до первого визита врача 135 дня. Средняя задержка с момента первого приема онколога до постановки диагноза 12 дней. Средняя задержка от появления первых симптомов до установления точного диагноза составила 147 дней, а до лечения – 162 дней. По районам средняя задержка от появления первых симптомов до первого визита врача 144 дня. Средняя задержка с момента первого приема онколога до постановки диагноза 14 дней. Средняя задержка от появления первых симптомов до установления точного диагноза составила 158 дней, а до лечения – 174 дней. По г. Шымкент и по районам средняя задержка между первым обращением к специалисту и окончательным диагнозом была одинаковой у мужчин и женщин, и она существенно не отличалась у пациентов, перенесших операцию. Так как данное исследование было ретроспективным, и поэтому некоторые даты отсутствовали (у 23% пациентов отсутствовала дата появления первых симптомов). Следовательно, средние задержки диагностического процесса могут быть не такими надежными.

Помимо Британского торакального общества, существует несколько других национальных рекомендаций по срокам задержки в диагностике и лечении РЛ. Рекомендации шведского 14-я исследовательская группа по раку легкого считает, что у 80% всех пациентов диагностические тесты должны быть завершены в течение 4 недель после консультации со специалистом и лечение должно начаться в течение 2 недель после этого [8, с. 186].

Исследование Myrdal и соавт. показывает, что более длительная задержка специализированного лечения не связана с худшим исходом у пациентов с раком легкого на поздних стадиях заболевания, однако прогноз был хуже у пациентов с более короткими задержками. Одним из объяснений этого неожиданного открытия может быть то, что при небольших размерах опухоли задержка является длительной, но прогноз лучше, чем у пациентов с прогрессирующим заболеванием. Следовательно, мы не можем исключить возможность того, что задержки влияют на прогноз, если расчет основан только на

корреляции диагностических задержек и прогноза [8, с. 187].

Заключение. Таким образом, группа пациентов с РЛ имеет свои клинικο-морфологические особенности и была представлена преимущественно мужчинами пожилого возраста с сопутствующей патологией со стороны различных органов и систем, преимущественно сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Из симптомов наиболее часто наблюдалась слабость, одышка после физической нагрузки, сухой кашель, боль в грудной клетке. Треть пациентов были представлены курильщиками стаж курения более 10 лет.

Большее половины обследованных пациентов имели различную сопутствующую патологию, чаще всего наблюдалась гипертоническая болезнь, хронический бронхит, хронический холецистит, сахарный диабет, а также наблюдалось сочетание сопутствующей патологии. Наиболее распространенным гистологическим типом был плоскоклеточный рак, в половине случаев отсутствовали данные о степени дифференцировки опухоли и лишь у четверти наблюдалась низкая степень дифференцировки опухоли.

Временной интервал от появления первых симптомов до начала лечения пациентов с подтвержденным диагнозом составил примерно от 5,4 до 5,8 месяцев. Как известно, по результатам зарубежных исследований, общее время ожидания от появления первоначальных симптомов до начала лечения составило примерно 4,5 месяца [8, с. 185]. Средняя задержка от появления первых симптомов до начала лечения у пациентов изучаемого нами региона превышает на 1-1,5 месяца, чем у пациентов из зарубежных стран. По другим регионам Казахстана нет исследований, проведенных по изучению временного интервала от появления первых симптомов до начала лечения пациентов с РЛ.

Данные наших исследований показывают, что чаще всего РЛ был диагностирован на III и IV стадии (46,5 % и 44,1 %). Большинство пациентов получили химиотерапию и меньше половины паллиативную химиотерапию, лишь 10 % были проведены оперативные вмешательства (пульмонэктомия, лобэктомия). В настоящее время, когда скрининг не является обычной практикой, усилия по улучшению выживаемости

пациентов с РЛ должны быть сосредоточены на увеличении числа пациентов с операбельными видами опухолей.

Литература.

1. Абдурахманов Б.А., Авизова З.К. Смертность от рака легкого из-за задержки лечения: обзор литературы // Онкология и радиология Казахстана. 2021. №2 (60). С. 36–38. [Abdurakhmanov B.A., Avizova Z.K. Lung cancer mortality due to delayed treatment: literature review. Oncology and Radiology of Kazakhstan. 2021;2(60):36-38. (in Russian)] DOI: 10.52532/2521-6414-2021-2-60-36-38. EDN: VFUUEB
2. World Cancer Research Fund. URL: www.wcrf.org/cancer-trends/lung-cancer-statistics/
3. Кайдарова Д.Р., Душимова З. Д., Шатковская О.В., и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2020 год: статистические и аналитические материалы. -Алматы: АО «КазНИИОиР». 2021. - 366 с. [Kaidarova D.R., Dushimova Z.D., Shatkovskaya O.V., B.T., et al. Indicators of the Oncology Service of the Republic of Kazakhstan for 2020: Statistical and Analytical Materials -Almaty: KIOR JSC, 2021. –366 p. (in Russian)]. DOI: 10.52532/978-601-7548-11-7-2020-1-370
4. Родионов Е. О., Тузиков С.А., Миллер С.В. и др. Методы ранней диагностики рака легкого (обзор литературы) //Сибирский онкологический журнал. 2020. Т. 19. №. 4. С. 113-122. [Rodionov E.O., Tuzikov S.A., Miller S.V., et al. Methods for early detection of lung cancer (review). Siberian Journal of Oncology. 2020;4:113-122. (in Russian)] DOI: [10.21294/1814-4861-2020-19-4-112-122](https://doi.org/10.21294/1814-4861-2020-19-4-112-122)
5. Электронный регистр онкологических больных. URL: www.erob.eisz.kz [Electronic register of cancer patients. (in Russian). URL: www.erob.eisz.kz]
6. Koyi H, Hillerdal G, Brandén E. Patient's and doctors' delays in the diagnosis of chest tumors. Lung Cancer 2002;35(1):53-57. DOI: 10.1016/s0169-5002(01)00293-8. PMID: 11750713.
7. Bardell T, Belliveau P, Kong W, et al. Waiting times for cancer surgery in Ontario: 1984-2000. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2006;18(5):401-409. DOI: 10.1016/j.clon.2006.02.012.
8. Ellis P. M., Vandermeer R. Delays in the diagnosis of lung cancer //Journal of thoracic disease. 2011;3(3):183-188. DOI: 10.3978/j.issn.2072-1439.2011.01.01.