

преждевременной смертности населения от отдельных нозологических форм злокачественных новообразований с включением в расчеты данных о погодиной численности населения региона и динамики валового регионального продукта, установлено, что за период с 2000 по 2010 г. в результате преждевременной смертности от рака легкого в Хабаровском крае потеряно 3 274 млн рублей. При этом зарегистрирован статистически достоверный ($p > 0,01$) рост величины потерянных средств с течением времени. Так, потери за 2000 г. наблюдения составили 109,8 млн. рублей, а за 2010 г. наблюдения — уже 556,8 млн рублей.

Заключение. Таким образом, все вышесказанное указывает на особую роль рака легкого не только как нозологической формы, занимающей первые места в структурах заболеваемости и смертности от онкологических причин в Хабаровском крае, но и как злокачествляющей, в результате преждевременной смертности от которого территория ежегодно теряет значительные финансовые средства, невоспроизведенного национального дохода. В связи с этим мероприятия, направленные на профилактику, скрининг, раннее выявление и своевременное лечение с использованием современных методов лечения рака легкого на территории края, приведут в будущем к значительному экономическому эффекту.

*А.Ф. Лазарев, К.Г. Мамонтов, С.А. Лазарев,
Н.В. Балужева, С.Л.Хайс, М.К. Никитин,
В.М. Перфильев*

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ, РЕГИОНАРНОЙ, ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРОГНОСТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Барнаул, Россия

В структуре онкологической заболеваемости, колоректальный рак (КРР) занимает 3-е место. При этом заболеваемость и смертность ежегодно увеличиваются. У каждого третьего заболевшего КРР имеются метастазы в печени. Только 10—20% пациентам может быть выполнена резекция печени. Больные с благоприятными факторами составляют 1/3 от 10—20%.

Цель исследования — провести анализ пациентов с отрицательными прогностическими факторами и проанализировать общую и безрецидивную выживаемость.

Материал и методы. Материалом для работы послужили 120 пациентов с метастазами колоректального рака в печень, находившиеся на лечении в «Алтайском филиале РОНЦ им. Н.Н. Блохина» с ноября 2005 г. по декабрь 2012 г., которым выполнена обширная резекция печени с проведением предоперационной регионарной, внутриартериальной химио- и биотерапии (1-я группа — FOLFOX 6, 2-я группа — FOLFOX 6 + бевацизумаб). Из

общего количества пациентов у 116 (97%) наблюдался хотя бы один неблагоприятный патолого-морфологический фактор прогноза. Мужчин было 59 (49%), женщин — 61 (51%). Локализация первичной опухоли: ободочная кишка — 73 (61%), прямая кишка — 47(39%). Стадия первичной опухоли по Dukes: А — 3(3%), В — 35(29%), С — 29(24%), D — 53(44%). Синхронные метастазы — 61 (51%); метакронные — 59 (49%); билобарное поражение — 69 (58%) больных. Правая доля — 36 (29%); левая доля — 15 (13%) больных. Единичные метастазы — 65 (54%), множественные — 55 (46%). Размер от 1,5 до 27 см, что в среднем составило 6 см.

Полный рентгенологический регресс опухоли наблюдался у 5 (4%) больных. Частичный регресс опухоли — у 58 (48%), стабилизация — у 41 (34%). Прогрессирование — у 16 (13%) больных. Частота эффекта лечения у 63 (53%). Обширная резекция печени с резекцией контралатеральной доли выполнена у 43 (36%) больных. Правосторонняя гемигепатэктомия — у 35 (29%); левосторонняя гемигепатэктомия — у 15 (12,5%); расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — у 24 (20%); расширенная левосторонняя гемигепатэктомия — у 3 (2,5%). Внепеченочные метастазы у 22 (18%). Метастазы в лимфатические узлы гепатодуоденальной связки у 18 (15%) больных.

Результаты и обсуждение. При однофакторном анализе выявлено пять неблагоприятных анатомо-морфологических факторов прогноза: распространенность первичной опухоли — классификация TNM ($p = 0,0006$), билобарное поражение печени ($p = 0,035$), множественные метастазы в печени ($p = 0,0003$), метастазы в лимфатические узлы гепатодуоденальной связки ($p = 0,0001$), расстояние от плоскости резекции до опухоли — линия резекции ($p = 0,003$). Многофакторный анализ выявил 3 неблагоприятных прогностических фактора: множественные метастазы в печени ($p = 0,002$), метастазы в гепатодуоденальную связку ($p = 0,04$), расстояние между краем опухоли и границей резекции менее 1 см ($p = 0,04$).

Общая выживаемость. FOLFOX + бевацизумаб: медиана — 35 мес; 3 года — $49 \pm 10\%$, 5 лет — $26 \pm 7\%$.

FOLFOX 6: медиана — 31 мес; 3 года — $44 \pm 7\%$; 5 лет — $22 \pm 6\%$.

Общая выживаемость при наличии метастазов в лимфатических узлах гепатодуоденальной связки.

Есть метастазы: медиана — 27 мес, 3 года — нет, 5 лет — нет.

Нет метастазов: медиана — 35 мес, 3 года — $53 \pm 7\%$, 5 лет — $29 \pm 6\%$.

Общая выживаемость больных в зависимости от количества очагов в печени.

Единичные: медиана — 37 мес, 3 года — $55 \pm 10\%$, 5 лет — $31 \pm 10\%$.

Множественные: медиана — 31 мес, 3 года — $53 \pm 10\%$, 5 лет — $24 \pm 10\%$.

Расстояние между краем опухоли и границей резекции.

Более 2 см: медиана — 46 мес, 3 года — $71 \pm 10\%$, 5 лет — $31 \pm 15\%$.

1—2 см: медиана — 34 мес, 3 лет — $38 \pm 9\%$, 5 лет — $23 \pm 9\%$.

Менее 1 см: медиана — 29 мес, 3 года — $21 \pm 10\%$, 5 лет — нет.

Заключение. Основными критериями, характеризующими агрессивность опухоли, являются количество очагов в печени, метастазы в гепатодуоденальную связку, расстояние от края опухоли до линии резекции менее 1 см, которые определяют распространенность опухолевого процесса в печени.