

путях метастазирования, продолжительности жизни после оперативного лечения.

3. Иммуногистохимические характеристики железисто-плоскоклеточного рака требуют дальнейшего уточнения, так как указывают на высокую степень злокачественности данной формы РЛ, но этот факт в доступной нам литературе до сих пор не получил необходимой оценки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Микроскопическая техника: Руководство / Под ред. Д.С. Саркисова, Ю.Л. Перова. — М.: Медицина, 1996. — 544 с.
2. Пожариский К.М., Семиглазов В.Ф., Уноров А.В. Современные методы определения пролиферативной активности опухолей (на примере рака молочной железы) // Съезд Международного Союза ассоциаций патологоанатомов, 2-й: Тезисы. — М., 1999. — С. 238–239.
3. Чучалин А.Г., Харченко В.П., Галил-Оглы Г.А. и др. Бронхиолоальвеолярный рак // Пульмонология. — 2001. — Т. 10. — № 2. — С. 12–20.
4. Inohara H., Honjo Y., Yoshii T. Expression of galectin 3 in fine needle aspirates as a differential diagnostic marker between benign and malignant thyroid neoplasms // Cancer. — 1999. — Vol. 85. — P. 2475–2484.
5. Jansen P.L., Hupperets P.S., Arends J.W. et al. MIB-1 labelling index is an independent prognostic marker in primary breast cancer // Br. J. Cancer. — 1998. — Vol. 78. — № 4. — P. 460–465.
6. Melanie A. Lynch, Trevor A. Petre, Huijuan Song et al. Growth Factor (TGF)-Mediated Growth Inhibition Is a Function of Membrane-Bound TGF Type II Receptor in Human Breast Cancer Cells // Gene Expression. — 2001. — Vol. 9. — № 4 (5). — P. 157–171.
7. Ronay G., Zimmermann H.D., Tulusan A.H. Lymphknotenmetastase lines «plattenepithelkarzinoms» als manifestation lines okkulter mammakarzinoms // Pathologie. — 1988. — Vol. 9. — № 5. — P. 309–312.
8. Westra W.H., Baas I.O., Hruban R.H. et al. K-ras oncogene activation in atypical alveolar hyperplasias of the human lung // Cancer Res. — 1996. — Vol. 56. — P. 2224–2228.

Поступила 10.08.2005

УДК 616.24-006.6-07 (476.2):572.7

### КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЛЕГКОГО У НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.В. Дорошенко, О.А. Голубев, С.Л. Ачинович

Гомельский государственный медицинский университет  
Гомельский областной клинический онкологический диспансер

В последние годы проблема рака легкого (РЛ) привлекает пристальное внимание врачей и исследователей самых различных специальностей. В настоящее время РЛ находится на первом месте как в общей структуре онкологической заболеваемости, так и причин смертности населения планеты, особенно его мужской популяции.

Ключевые слова: рак легкого, заболеваемость, возрастные группы, световая микроскопия.

### CLINICO-MORPHOLOGICAL FEATURES OF LUNG CANCER IN POPULATION OF GOMEL REGION

R.V. Doroshenko, O.A. Golubev, S.L. Achinovich

Gomel State Medical University  
Gomel Regional Clinical Oncological Dispensary

Over the last recent years the lung cancer has been a subject to scrutinize by doctors and investigators of many fields. At present, lung cancer rates the first both within the general structure of oncological diseases and reasons of mortality of the world's population, especially in males.

Key words: lung cancer, morbidity, age groups, light microscopy.

#### Введение

Рак легкого (РЛ) — это злокачественная опухоль, возникающая из эпителиаль-

ных клеток крупных (главный, долевого, промежуточный, начало сегментарного) и сегментарных бронхов и их ветвей, а также

бронхиол [3, 5, 12]. В мире ежегодно заболевает РЛ около 1 миллиона человек. Важно, что РЛ является одной из ведущих причин смерти онкологических больных в большинстве стран мира [6, 15]. В Республике Беларусь и в Российской Федерации РЛ занимает первое место, как в общей структуре онкологических заболеваний, так и среди злокачественных опухолей у мужчин [6, 7]. Ежегодно в Беларуси регистрируется более 4000 вновь выявленных больных РЛ [8]. Пятилетняя выживаемость этих больных не превышает 10–15%, а при мелкоочаговом раке этот показатель составляет лишь 1–3% [7].

Увеличение заболеваемости злокачественными новообразованиями легких находится в прямой зависимости от роста потребления сигарет и числа курящих. Загрязнение вдыхаемого воздуха родоном, асбестом, хромом, продуктами термической обработки угля, нефти и газа, древесной и металлической пылью резко увеличивает риск возникновения РЛ [5]. В большинстве развитых стран РЛ является наиболее распространенной формой опухоли у мужчин и остается одной из важнейших медицинских и социально-экологических проблем. Соотношение мужчин и женщин составляет 6:1, средний возраст заболевших 62 года [7]. РЛ — это еще и этническая проблема. Высокие показатели заболеваемости РЛ зарегистрированы среди чернокожего населения США, низкие — в таких странах Азии, как Индия и Япония [7]. Увеличивается абсолютное число умерших от РЛ, прирост за последние 15 лет составил 57%. Приблизительно 80% больных умирают в течение года после подтверждения диагноза [12].

Основным методом лечения РЛ является операция, однако более половины больных в момент обращения за помощью уже неоперабельны и могут рассчитывать только на лучевую терапию [1, 10, 13]. В исследованиях, выполненных в последние годы, сформированы группы риска по возникновению РЛ, куда относят следующих лиц: курильщиков старше 40 лет; рабочих вредных производств в настоящем и прошлом (асбест, никель, радиоактивность и другие); перенесших туберкулез; больных с хроническими заболеваниями легких (очаговый и диффузный пневмосклероз,

хронический бронхит); пациентов с затяжной пневмонией или повторными пневмониями одной локализации; людей с излеченным раком другой локализации [14]. Было установлено, что РЛ — процесс отчасти генетически детерминированный [14], что подтверждается установленными генетическими факторами риска возникновения РЛ, а именно: существованием первично-множественных опухолей (лечение ранее по поводу злокачественной опухоли); три наблюдения и более РЛ в семье (у ближайших родственников). К фоновым заболеваниям легкого для РЛ можно отнести диффузный и локализованный пневмосклероз, врожденные кисты, хронические специфические и неспецифические воспалительные процессы, свищи, приобретенные кисты, дистрофические изменения бронхов, рубцы различного происхождения, инородные тела, антропокоз, пневмокониоз [2, 11]. С морфологической точки зрения фон не является непосредственным предшественником опухоли, он только способствует злокачественной трансформации. К настоящему времени получены убедительные данные о том, что центральный и периферический рак различается не только локализацией и структурами, из которых он развивается, но и особенностями этиологии, патогенеза, морфогенеза и гистогенеза. В становлении и развитии центрального РЛ имеет значение вдыхание канцерогенных веществ, а периферического — проникновение канцерогенов с током крови и лимфотоком, что подтверждается экспериментальными и клиническими данными [5].

Уточнение значимых моментов для возникновения и развития РЛ в зонах экологического неблагополучия (воздействие малых доз радиации, недостаток микроэлементов и другие факторы) является важным для оценки состояния здоровья населения региона.

**Цель данной работы** — выявить особенности заболеваемости РЛ у населения Гомельской области с учетом гистологического типа опухоли.

#### **Материалы и методы**

Проведена систематизация ряда статистических данных (файлы — отчеты с указанием возраста, места проживания, года постановки диагноза, патоморфологиче-

ской формы РЛ) с позиции выборочной ретроспективной экспертизы патоморфологических заключений и распределения больных РЛ по полу и возрасту за последние 10 лет в Гомельской области. Кроме того, исследован свежий операционный материал 30 больных центральным РЛ, 30 пациентов, пораженных периферическим РЛ. Вырезка кусочков проводилась в день операции. При этом вне зависимости от локализации новообразования вырезались фрагменты из центральной части опухолевого узла, его периферических отделов. В дальнейшем все кусочки тканей фиксиро-

вали в 10% нейтральном формалине и подвергали стандартной проводке с заливкой в парафин. Из данных блоков готовили срезы толщиной 5–7 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином и использовали для обзорной микроскопии. Данные были систематизированы и подвергнуты анализу при помощи специально разработанного программного комплекса «Гомагоча» [4].

#### Результаты и обсуждение

По итогам анализа за последние 10 лет 2429 лиц, состоящих на учете по РЛ, а также свежего операционного материала получены следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1

Данные о заболеваемости РЛ мужчин и женщин за последние 10 лет

Морфологическая форма РЛ	Мужчины	Женщины	Всего	% от всех случаев РЛ
Плоскоклеточный неороговевающий	479	33	512	21,1
Плоскоклеточный ороговевающий	1064	34	1098	45,2
Аденокарцинома	75	7	82	3,4
Солидная аденокарцинома	40	6	46	2
Крупноклеточный	284	7	291	12
Мелкоклеточный	389	11	400	16,3
Всего	2331	98	2429	100

Из данных, представленных в таблице 1, хорошо видно, что мужчины заболевают РЛ более чем в 20 раз чаще, чем женщины. По статистическим данным других регионов, соотношение среди заболевших лиц мужского и женского пола составляет 8:1 [9]. В ряду различных гистологических типов РЛ преобладают высокодифференцированные формы (плоскоклеточный оро-

говевающий рак), что согласуется с данными мировой статистики [16]. Однако не менее часто встречаются и низкодифференцированные формы РЛ — плоскоклеточный неороговевающий рак и мелкоклеточная карцинома.

Распределение заболевших по возрастным группам выглядит следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Заболеваемость РЛ в различных возрастных группах

Возрастная группа	Количество пациентов	Мужчины	Мужчины, %	Женщины	Женщины, %
30–34	2	2	0,08	0	0
35–39	21	20	0,82	1	0,04
40–44	73	68	2,8	5	0,2
45–49	150	141	5,8	9	0,4
50–54	241	237	9,8	4	0,16
55–59	416	409	17	7	0,3
60–64	549	527	21,7	22	0,9
65–69	507	488	20	19	0,8
70–74	335	319	13,1	16	0,7
75–79	114	101	4,2	13	0,5
80–84	17	15	0,6	2	0,08
85–89	3	2	0,08	1	0,04
90–94	1	1	0,04	0	0
Всего	2429	2330	95,2	99	4,7

Максимальное количество заболевших наблюдается в возрастной группе от 60 до 64 лет. В этой группе отмечается наибольшее количество больных лиц женского пола среди всех когорт сравнения. Однако число женщин во всех группах не идет в сравнение с количеством заболевших РЛ мужчин. Резкое снижение числа заболевших РЛ в старших возрастах объясняется, во-первых, снижением популяции стариков, во-вторых — смертью от естественных причин и других заболеваний.

#### **Заключение**

Таким образом, заболеваемость РЛ в Гомельской области, которую можно отнести к зоне экологического неблагополучия, — высокая. Среди всех гистологических форм преобладают относительно высокодифференцированные формы РЛ — плоскоклеточный ороговевающий рак (45,2%), в то же время незначительно меньшую группу (37,3%) составляют низкодифференцированные плоскоклеточные неороговевающие РЛ и мелкоклеточные карциномы. Наибольшее число случаев заболевания РЛ отмечено в возрасте от 55 до 74 лет. При этом наибольшее количество РЛ выявлено в возрастной группе 60–64 года у мужчин, которые на момент чернобыльской аварии находились в трудоспособном возрасте. Следовательно, с определенной долей вероятности можно предположить взаимосвязь факторов экологического неблагополучия с развитием РЛ, однако эта проблема требует дальнейшего изучения, прежде всего с позиций углубленного патоморфологического изучения биологических особенностей и морфогенетических потенций паренхиматозного и стромального компонентов опухолевой ткани РЛ.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Барчук А.С., Вагнер Р.И., Лемехов В.Г. и др. Современные подходы к диагностике и лечению

рака легкого // *Вопр. онкол.* — 1997. — Т. 43. — № 1. — С. 15–21.

2. Бахлаев И.Е., Толтинский А.П., Романчук И.Ю. Первичный актиномикоз легких, симулировавший периферический рак // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.* — 1995. — № 3. — С. 73.

3. Галил-Оглы Г.А., Харченко Н.В., Гуревич Л.А., Берцанская А.М. Бронхиолоальвеолярный рак легкого // *Арх. пат.* — 1995. — Вып. 5. — С. 64–70.

4. Голубев О.А., Дорошенко Р.В., Надыров Э.А., Мишин А.В. Рац.предложение № 668 «Автоматизированная система статистической обработки базы медицинских данных».

5. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. Рак легкого. — М.: Радикс, 1994. — 216 с.

6. Двойрин В.В. Трапезников Н.Н. Статистика рака легкого в России // *Вестн. ОНЦ РАМН.* — 1996. — № 2. — С. 3–12.

7. Дзюбан В.П. Центральный рак легкого // *Новости лучевой диагностики.* — 2001. — № 1–2. — С. 11–15.

8. Злокачественные новообразования в Беларуси в 1991–2000 гг. // Под ред. Н.Н. Пилипцевича и др. — Мн.: БЕЛЦМТ, 2001.

9. Самсонов В.А. Опухоли и опухолевые поражения легких. — Петрозаводск, 1995.

10. Коган Е.А. Предрак и рак легкого // *Арх. пат.* — 1989. — № 11. — С. 76–83.

11. Коган Е.А., Ганзен Т.Н., Серов В.В. Склероз и канцерогенез // *Арх.пат.* — 1992. — Вып. 8. — С. 5–11.

12. Трахтенберг А.Х. Рак легкого. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.

13. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 480 с.

14. Чучалин А.Г., Харченко В.П., Галил-Оглы Г.А. и др. Бронхиолоальвеолярный рак // *Пульмонология.* — 2001. — Т. 10. — № 2. — С. 12–20.

15. Austoker J, Sanders D, Fowler G. Smoking and cancer: smoking cessation // *BMJ.* — 1994. — Vol. 308. — P. 1478–1482.

16. Landis S.H., Murray T, Bolden S., et al. Cancer statistics, 1998.

*Поступила 24.08.2005*

**УДК 616.65-007.61-08-084.**

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**В.Я. Латышева, Аль-Кабаб Тауфик Ахмед**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из наиболее часто встречающихся урологических заболеваний и самое распространенное у мужчин пожилого и старческого возраста. Многие вопросы этой проблемы до настоящего времени остаются спорными и не решенными.