

При операциях по поводу окклюдированного заболевания длина мини-лапаротомии, достаточная для обеспечения угла оперативного действия 30° на основные ключевые точки хирургической манипуляции, составила 6,8–7,0 см. Приблизительно 80–90% длины разреза локализовалось выше пупка. Достоверных различий размера и локализации мини-лапаротомии для мужчин и женщин не выявлено ($p=0,141$). При аневризме аорты необходимая длина мини-лапаротомии достоверно увеличивалась до 7,6 см ($p=0,003$), а при распространении аневризматического расширения на общие подвздошные артерии — до 8,5 см ($p=0,001$). В последнем случае кардинально меняется локализация разреза по отношению к пупку — приблизительно половина длины доступа локализуется ниже пупка.

ВЫВОД

Математическое моделирование оптимального мини-доступа позволяет оптимизировать применение мини-лапаротомии в различных клинических ситуациях.

УДК 616.441-006.6: 616-006.04-031.14031.81-036-036.8-037

ЛИТЕРАТУРА

1. *Сергийко С.В.* Оптимизация тактики и совершенствование способов малоинвазивной хирургии надпочечников // Омск. науч. вестн. — 2004. — №1. — С. 107–113.
2. *Созон-Ярошевич А.Ю.* Анатомо-клинические обоснования хирургических доступов к внутренним органам. — М.: Медгиз, 1954. — 180 с.
3. *Acikel U., Karabay O., Silistireli E. et al.* A new minimally invasive method of aortofemoral revascularization // J. Vasc. Surg. — 2001. — Vol. 35. — P. 175–179.
4. *Brustia P., Porta C.* Left sub costal minilaparotomy in aortic surgery // Minerva Cardioangiol. — 2001. — Vol. 49. — P. 91–97.
5. *Fearn S.J., Thaveau F., Kolvenbach R., Dion Y.M.* Minilaparotomy for aortoiliac aneurysmal disease: experience and review of the literature // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. — 2005. — Vol. 15, N 4. — P. 220–225.
6. *Kawaharada N., Morishita K., Fukada J. et al.* Minilaparotomy abdominal aortic aneurysm repair versus the retroperitoneal approach and standard open surgery // Surg. Today. — 2004. — Vol. 34, N 10. — P. 837–841.
7. *Matsumoto M., Hata T., Tsushima Y. et al.* Minimally invasive vascular surgery for repair of infrarenal abdominal aortic aneurysm with iliac involvement // J. Vasc. Surg. — 2002. — Vol. 35, N 4. — P. 654–660.
8. *Turnipseed W.D.* A less-invasive minilaparotomy technique for repair of aortic aneurysm and occlusive disease // J. Vasc. Surg. — 2001. — Vol. 33, N 2. — P. 431–434.

Т13

РИСКИ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зинаида Александровна Афанасьева^{1,2}, Сергей Фёдорович Бакунин^{2}*

¹Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Казань,

²Казанская государственная медицинская академия

Реферат

Цель. Определение относительных рисков развития других злокачественных опухолей у больных раком щитовидной железы и рака щитовидной железы у больных с другими злокачественными новообразованиями.

Методы. Проведён ретроспективный анализ данных 116 больных полинеоплазиями с поражением щитовидной железы за период с 1973 по 2010 гг. Для оценки относительного риска развития полинеоплазий с поражением щитовидной железы использовали формулу: $\text{relative risk} = [a / (a + b)] / [c / (c + d)]$, где a — количество больных раком щитовидной железы со вторым злокачественным новообразованием; b — количество больных раком щитовидной железы без второй злокачественной опухоли; c — количество больных в популяции, поражённых таким же злокачественным заболеванием, как и больные в группе a ; d — количество людей в популяции, не заболевших раком.

Результаты. У больных карциномами щитовидной железы более высокий, чем в популяции, относительный риск метасинхронного развития лимфом (41,8 у мужчин, 31,7 у женщин), рака почки (55,6 у мужчин, 18,5 у женщин), предстательной железы (35,7), лёгких и бронхов (18,8 у женщин), меланомы (17,1 у женщин), рака ободочной кишки (16,7 у женщин), шейки матки (15,8), тела матки (11,8), молочной железы (11,5 у женщин), кожи (9,5 у женщин) и синхронного развития рака почки (33,8 у мужчин, 46,3 у женщин), предстательной железы (24,4), меланомы (20,6 у женщин), рака пищевода (19,4 у мужчин, 17,8 у женщин), прямой кишки (19,0 у мужчин), лимфом (12,8 у мужчин), рака шейки матки (11,3), молочной железы (11,0 у женщин), кожи (8,5 у женщин). Относительный риск развития метасинхронного рака щитовидной железы более высокий, чем в популяции, у больных меланомой (108,0 у мужчин, 50,4 у женщин), со злокачественными новообразованиями лимфоидной ткани (40,2 у мужчин, 40,8 у женщин), раком тела матки (11,8), кожи (8,7 у женщин), молочной железы (8,0 у женщин).

Вывод. При диспансеризации больных раком щитовидной железы необходимо учитывать относительный риск возникновения последующих опухолей для ранней диагностики полинеоплазий.

Ключевые слова: первично-множественные злокачественные опухоли, щитовидная железа, рак, относительный риск.

THE RISK OF DEVELOPMENT OF MULTIPLE PRIMARY MALIGNANT TUMORS INVOLVING THE THYROID GLAND Z.A. Afanas'eva^{1,2}, S.F. Bakunin². ¹Republican Clinical Oncological Dispensary, Kazan, Russia, ²Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia. **Aim.** To determine the relative risk of developing other malignant tumors in patients with thyroid cancer and the risk of developing thyroid cancer in patients with other malignancies. **Methods.** A retrospective analysis of 116 patients with multiple neoplasia including thyroid gland involvement was conducted for the period from 1973 to 2010. In order to estimate the relative risk of development of multiple neoplasias including thyroid gland lesions used was the following formula: relative risk = $[a / (a + b)] / [c / (c + d)]$, where a is the number of patients with thyroid cancer with a second malignancy; b is the number of patients with thyroid cancer without a second malignancy; c is the number of patients in the population affected by the same malignant disease, as patients in group a; d is the number of people in the population without any cancer-related pathology. **Results.** In patients with carcinomas of the thyroid gland the relative risk is higher than in the general population for developing metachronous lymphoma (41.8 for men, 31.7 for women), renal cell carcinoma (55.6 for men, 18.5 for women), prostate cancer (35.7), lung and bronchus cancer (18.8 for women), melanoma (17.1 for women), colon cancer (16.7 for women), cervical cancer (15.8), uterine cancer (11.8), breast cancer (11.5 for women), skin cancer (9.5 in women) and the simultaneous development of renal cell carcinoma (33.8 for men and 46.3 for women), prostate cancer (24.4), melanoma (20.6 for women), cancer of the esophagus (19.4 for men, 17.8 for women), colon cancer (19.0 for men), lymphomas (12.8 for men), cervical cancer (11.3), breast cancer (11.0 for women), skin cancer (8.5 for women). The relative risk of developing metachronous cancer of the thyroid gland is higher than that in the population in patients with melanoma (108.0 in men, 50.4 for women), with malignant neoplasms of the lymphoid tissue (40.2 for men, 40.8 for women), uterine cancer (11.8), skin cancer (8.7 in women), breast cancer (8.0 for women). **Conclusion.** During preventive medical examinations of patients with thyroid cancer the relative risk of developing subsequent cancers must be taken into account for early diagnosis of multiple neoplasias. **Keywords:** multiple primary malignant tumors, thyroid gland, cancer, relative risk.

Первично-множественные злокачественные опухоли, или полинеоплазии, — одновременное или поочерёдное образование злокачественных опухолей. Они развиваются самостоятельно и независимо друг от друга в пределах одного или нескольких органов человека. Обязательный критерий — исключение возможности рецидива, прорастания и/или метастаза одной и той же опухоли [5].

Определение риска полинеоплазий и выявление взаимосвязи между различными злокачественными новообразованиями, развивающимися у одного больного, будет способствовать улучшению диагностики и лечения этих опухолей [3, 4].

Относительный риск (relative risk — RR) — отношение абсолютных рисков при наличии и отсутствии воздействия изучаемого фактора: $RR = R_g / R_{ne}$. R_g — отношение количества заболевших к общему числу подвергшихся воздействию данного фактора. Абсолютный риск возникновения изучаемого исхода у пациентов, не подвергавшихся воздействию (R_{ne}), вычисляют как показатель кумулятивной инцидентности в группе людей, не подвергавшихся воздействию данного фактора. Показатель RR характеризует силу связи между воздействием и заболеванием. Если $RR > 1$, то возникновение болезни может быть связано с действием данного фактора. Чем больше значение RR, тем важнее этиологическая роль фактора. Если $RR = 1$, то фактор не оказывает воздействия, а $RR < 1$ означает превентивное действие изучаемого фактора [2].

За период с 1973 по 2010 гг. располагаем данными о 2934 больных злокачественными новообразованиями щитовидной железы, у 116 из которых были выявлены первично-

множественные злокачественные опухоли. Из них у 110 больных было по две опухоли, у 6 больных — по три. Всего диагностировано 238 опухолей. Были использованы данные популяционного канцер-регистра, истории болезни, амбулаторные карты больных, данные Госкомстата РТ о среднегодовой численности населения республики за период с 1973 по 2010 гг. Больные получали лечение в Республиканском клиническом онкологическом диспансере Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Мужчин было 18, женщин 98, возраст от 18 до 83 лет.

При подозрении на рак щитовидной железы проводили комплексное обследование, основными методами которого служили ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия с цитологическим исследованием (при непальпируемых образованиях пункционную биопсию проводили под контролем УЗИ), рентгенография лёгких, остеосцинтиграфия, определение содержания гормонов щитовидной железы и тиреотропного гормона. При подозрении на опухоль других органов проводили фиброэзофагогастродуоденоскопию, фиброколоноскопию, УЗИ молочных желёз, маммографию, тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию с цитологическим исследованием, УЗИ почек и надпочечников, УЗИ предстательной железы, рентгенографию лёгких, фибробронхоскопию, УЗИ органов малого таза, в ряде случаев — компьютерную томографию грудной и брюшной полостей. Все женщины были обследованы гинекологом и маммологом, мужчины — урологом.

Для оценки RR развития полинеопла-

Структура других злокачественных новообразований у больных полинеоплазиями с поражением щитовидной железы в группах в зависимости от пола

Локализация других злокачественных опухолей	РЩЖ-I		РЩЖ-II		Синхронные	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Молочная железа	—	11 (23,4%)	—	8 (27,6%)	—	9 (32,0%)
Кожа (рак)	—	5 (10,6%)	—	5 (17,3%)	—	4 (14,3%)
Кожа (меланома)	—	1 (2,1%)	1 (50,0%)	3 (10,4%)	—	1 (3,6%)
Тело матки	—	3 (6,4%)	—	3 (10,4%)	—	1 (3,6%)
Шейка матки	—	3 (6,4%)	—	1 (3,4%)	—	2 (7,1%)
Почка	2 (25,0%)	2 (4,3%)	—	—	1 (10%)	4 (14,3%)
Предстательная железа	2 (25,0%)	—	—	—	1 (10%)	—
Желудок	1 (12,5%)	2 (4,3%)	—	1 (3,4%)	1 (10%)	—
Ободочная кишка	—	5 (10,6%)	—	—	—	1 (3,6%)
Прямая кишка	—	1 (2,1%)	—	—	1 (10%)	1 (3,6%)
Лёгкие и бронхи	1 (12,5%)	4 (8,6%)	—	1 (3,4%)	1 (10%)	—
Лимфоидная ткань	1 (12,5%)	3 (6,4%)	1 (50,0%)	4 (13,9%)	—	1 (3,6%)
Миелома	—	2 (4,3%)	—	—	—	—
Пищевод	—	—	—	—	1 (10%)	2 (7,1%)
Гортань и глотка	—	1 (2,1%)	—	—	—	—
Околоушная слюнная железа	—	—	—	1 (3,4%)	—	—
Поджелудочная железа	—	1 (2,1%)	—	—	—	—
Тонкая кишка	—	—	—	1 (3,4%)	—	—
Фаллопиева труба	—	1 (2,1%)	—	—	—	—
Брюшина	—	—	—	—	—	1 (3,6%)
Десна верхней челюсти	—	—	—	—	—	1 (3,6%)
Париетальная плевра	—	—	—	1 (3,4%)	—	—
Надпочечник	—	—	—	—	1(10%)	—
Мягкие ткани (саркома)	1 (12,5%)	1 (2,1%)	—	—	—	—
Саркома Капоши	—	1 (2,1%)	—	—	—	—
Кости (остеосаркома)	—	—	—	—	1 (10%)	—
Всего	8 (100%)	47 (100%)	2 (100%)	29 (100%)	8 (100%)	28 (100%)

Примечание: РЩЖ-I – больные метакронными опухолями, при которых рак щитовидной железы был выявлен первым; РЩЖ-II – больные метакронными опухолями, при которых рак щитовидной железы был выявлен вторым.

зий с поражением щитовидной железы в каждой группе использовали формулу: $RR = [a / (a + b)] / [c / (c + d)]$, где a – количество больных раком щитовидной железы с вторым злокачественным новообразованием; b – количество больных раком щитовидной железы без второй злокачественной опухоли; c – количество больных в популяции, поражённых таким же злокачественным заболеванием, как и больные в группе a; d – количество людей в популяции, не заболевших раком [2].

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Microsoft Excel 8, «BIOSTATISTICA 4.03», «MedCalc Software 11.4» [1]. Достоверность относительных показателей оценивали на основании расчёта 95% доверительного интервала (ДИ). При этом достоверными счи-

тали значения относительных показателей, нижняя граница ДИ которых превышала 1. Достоверность различий показателей в сравниваемых группах определяли по критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Среди больных в исследуемой группе преобладали женщины, соотношение женщин и мужчин было 5:1. Синхронные опухоли присутствовали у 35 (30,2%) больных, метакронные – у 81 (69,8%). В случае метакронного выявления злокачественных опухолей у 52 (64,2%) больных с полинеоплазией рак щитовидной железы был диагностирован первым, у 29 (35,8%) опухоль в щитовидной железе была диагностирована второй. В исследовании больные были разделены на три группы. Первая группа включала больных метакронными опухолями, при кото-

Относительный риск развития метакронных злокачественных опухолей у больных раком щитовидной железы в зависимости от пола

Локализация метакронных злокачественных опухолей у больных раком щитовидной железы	Относительный риск (95% ДИ)	
	мужчины	женщины
Молочная железа	—	11,5 (6,4-20,7)
Кожа (рак)	—	9,5 (3,9-22,8)
Кожа (меланома)	—	17,1 (2,4-121,0)
Тело матки	—	11,8 (3,8-36,6)
Шейка матки	—	15,8 (5,1-49,0)
Почка	55,6 (13,9-221,6)	18,5 (4,6-74,1)
Предстательная железа	35,7 (8,9-142,2)	—
Желудок	5,6 (0,8-39,8)	3,8 (0,9-15,5)
Ободочная кишка	—	16,7 (6,9-40,2)
Прямая кишка	—	3,7 (0,5-26,3)
Лёгкие и бронхи	3,6 (0,5-25,3)	18,8 (7,1-50,3)
Лимфоидная ткань	41,8 (5,9-296,5)	31,7 (10,2-98,3)

Примечание: ДИ – доверительный интервал.

рых рак щитовидной железы был выявлен первым (РЩЖ-I), вторая – с метакронными опухолями, при которых рак щитовидной железы был выявлен вторым (РЩЖ-II). Третья группа включала больных с синхронными злокачественными опухолями.

Структура других злокачественных новообразований у больных полинеоплазиями с поражением щитовидной железы в группах представлена в табл. 1.

В первой группе, где карцинома щитовидной железы обнаружена первой, наиболее часто у женщин выявляли злокачественные новообразования молочной железы (11 человек; 23,4%), кожи (5; 10,6%) и ободочной кишки (5; 10,6%). У мужчин в этой группе чаще выявляли рак почки (2; 25,0%) и предстательной железы (2; 25,0%).

Во второй группе, где карцинома щитовидной железы выявлена второй, наиболее часто у женщин обнаруживали, как и в первой группе, рак молочной железы (8; 27,6%) и рак кожи (5; 17,3%), а также лимфопролиферативные заболевания (4; 13,9%). У 2 мужчин в этой группе выявили меланому и лимфому.

В группе, где карциномы были выявлены синхронно, наиболее часто у женщин, как и в первых двух группах, выявляли карциномы молочной железы (9; 32,0%) и кожи (4; 14,3%), а также рак почки (4; 14,3%). У мужчин в этой группе обнаружили по одному злокачественному новообразованию почки, предстательной железы, пищевода, желудка, прямой кишки, лёгких, надпочечника.

Далее были проведены расчёты RR развития метакронных злокачественных опухолей у больных новообразованиями щитовидной железы в зависимости от пола, результаты которых представлены в табл. 2. В группе больных полинеоплазиями, у которых карцинома щитовидной железы была выявлена первой, у женщин присутствует наиболее высокий риск развития злокачественных новообразований лимфоидной ткани – 31,7 (95% ДИ: 10,2-98,3). Величина RR развития второй злокачественной опухоли не всегда соответствовала частоте выявления этого злокачественного новообразования (см. табл. 1). Среди мужчин данной группы больных выявлен высокий риск развития карцином почек – 55,6 (95% ДИ: 13,9-221,6), лимфомы – 41,8 (95% ДИ: 5,9-296,5), рака предстательной железы – 35,7 (95% ДИ: 8,9-142,2). Полученные значения RR развития рака прямой кишки у женщин, рака лёгких у мужчин, рака желудка у больных обоих полов были недостоверными, так как нижние границы ДИ этих RR были меньше 1.

Затем были произведены расчёты RR развития метакронного рака щитовидной железы у пациентов со злокачественными новообразованиями в зависимости от пола, результаты которых представлены в табл. 3. Определён высокий риск развития рака щитовидной железы у женщин, больных меланомой – 50,4 (95% ДИ: 16,2-156,3), злокачественными новообразованиями лимфоидной ткани – 40,8 (95% ДИ: 5,7-284,8), тела матки – 11,8 (95% ДИ: 3,8-36,7), кожи –

Относительный риск развития метакронного рака щитовидной железы у больных злокачественными новообразованиями в зависимости от пола

Локализация злокачественных новообразований	Относительный риск (95% ДИ)	
	мужчины	женщины
Молочная железа	–	8,0 (4,0–15,9)
Кожа (рак)	–	8,7 (3,6–20,9)
Кожа (меланома)	108,3 (15,2–769,5)	50,4 (16,2–156,3)
Тело матки	–	11,8 (3,8–36,7)
Шейка матки	–	5,2 (0,7–37,6)
Почка	–	–
Предстательная железа	–	–
Желудок	–	1,8 (0,2–12,5)
Ободочная кишка	–	–
Прямая кишка	–	–
Лёгкие и бронхи	–	4,4 (0,6–30,9)
Лимфоидная ткань	40,2 (15,3–108,7)	40,8 (5,7–284,8)

Примечание: ДИ – доверительный интервал.

8,7 (95% ДИ: 3,6–20,9), молочной железы – 8,0 (95% ДИ: 4,0–15,9). Полученные значения RR развития карцином щитовидной железы у больных раком шейки матки, желудка, лёгких и бронхов у женщин были недостоверными, так как нижние границы ДИ этих значений были меньше единицы. При этом так же, как и в первой группе больных, частота выявления второй злокачественной опухоли не соответствовала величине RR развития этого злокачественного новообразования.

Среди мужчин второй группы выявлен высокий риск рака щитовидной железы у больных меланомой – 108,3 (95% ДИ: 15,2–769,5), а также злокачественными новообразованиями лимфоидной ткани – 40,2 (95% ДИ: 15,3–108,7), при равной частоте их выявления.

Были проведены расчёты риска развития синхронных злокачественных новообразований у больных раком щитовидной железы в зависимости от пола, результаты которых представлены в табл. 4. В группе больных с синхронными полинеоплазиями с поражением щитовидной железы у женщин определили высокий RR развития рака почки – 46,3 (95% ДИ: 17,3–123,3), меланомы – 20,6 (95% ДИ: 2,9–146,6), пищевода – 17,8 (95% ДИ: 4,5–71,2). У мужчин данной группы больных выявлен высокий риск развития рака почки – 33,8 (95% ДИ: 4,7–239,6), предстательной железы – 24,4 (95% ДИ: 3,4–173,1), пищевода – 19,4 (95% ДИ: 2,7–137,3).

Таким образом, в нашем исследовании

установлено, что у больных полинеоплазиями с поражением щитовидной железы более высокий, чем в популяции, RR развития других злокачественных новообразований.

Так, у женщин, больных раком щитовидной железы, высокий RR синхронного и метакронного развития меланомы (20,6 и 17,1 соответственно), злокачественных новообразований почки (46,3 и 18,5), шейки матки (13,1 и 15,8), молочной железы (11,0 и 11,5) и кожи (8,5 и 9,5 соответственно), метакронного развития лимфом (31,7), рака лёгких и бронхов (18,8), ободочной кишки (16,7), тела матки (11,8), а также синхронного развития рака пищевода (17,8). У мужчин высокий RR синхронного и метакронного развития лимфом (12,8 и 41,8 соответственно), рака почки (33,8 и 55,6) и предстательной железы (24,4 и 35,7), синхронного развития рака пищевода (19,4) и прямой кишки (19,0).

RR развития метакронного рака щитовидной железы более высокий, чем в популяции, у женщин, больных меланомой (50,4), злокачественными новообразованиями лимфоидной ткани (40,8), тела матки (11,8), кожи (8,7), молочной железы (8,0), и у мужчин, больных меланомой (108,0) и лимфомами (40,2).

Мы определили двунаправленные ассоциации у женщин для лимфомы, меланомы, рака тела матки, молочной железы, кожи и у мужчин для лимфомы, что позволяет думать об общности генетических или этиологических факторов риска.

Результаты нашего исследования согла-

Относительный риск развития синхронных злокачественных новообразований у больных раком щитовидной железы в зависимости от пола

Локализация синхронных злокачественных новообразований	Относительный риск (95% ДИ)	
	мужчины	женщины
Молочная железа	–	11,0 (5,7–21,1)
Кожа (рак)	–	8,5 (3,2–22,8)
Кожа (меланома)	–	20,6 (2,9–146,6)
Тело матки	–	4,8 (0,6–34,1)
Шейка матки	–	13,1 (3,2–52,4)
Почка	33,8 (4,7–239,6)	46,3 (17,3–123,3)
Предстательная железа	24,4 (3,4–173,1)	–
Пищевод	19,4 (2,7–137,3)	17,8 (4,5–71,2)
Желудок	6,1 (0,9–42,9)	–
Ободочная кишка	–	5,5 (0,8–38,8)
Прямая кишка	19,0 (2,7–134,7)	4,2 (0,6–30,5)
Лёгкие и бронхи	3,9 (0,6–27,8)	–
Лимфоидная ткань	12,8 (1,8–90,1)	–

Примечание: ДИ – доверительный интервал.

суются по ряду нозологий с данными исследований, проведённых другими авторами. Так С.М. Ronckers с группой сотрудников, как и мы, обнаружили повышенный риск развития рака молочной железы, простаты и почки у больных раком щитовидной железы. В отличие от них, мы не выявили повышенного риска развития лейкоза, рака слюнных желёз, трахеи, мошонки, надпочечника, центральной нервной системы [17].

А.А. Sanchola и соавт. у больных раком щитовидной железы определили повышенный риск развития рака почки и меланомы, что согласуется с результатами нашего исследования. Однако, в отличие от наших данных, в их исследовании риск рака молочной железы в аналогичной группе больных не превышал таковой в общей популяции [12].

Исследование А.Р. Brown и соавт., как и наше, выявило у мужчин высокий риск развития рака почки и предстательной железы, а у женщин – рака кожи и молочной железы, но, в отличие от наших данных, показало также высокий риск развития рака слюнной железы, центральной нервной системы, миеломы и лейкоза [11].

Исследование, проведённое Th.C. Sander и соавт., подтверждает наши данные о наличии двунаправленных ассоциаций для злокачественных опухолей кожи, молочной железы, лимфоидной ткани у больных с метастатическим поражением щитовидной железы. Помимо того, в данной работе были

показаны двунаправленные ассоциации для карцином почки, ободочной кишки (для которых мы выявили только однонаправленную ассоциацию), надпочечника, мягкотканых сарком, новообразований костей, слюнной железы, лейкоза, опухолей головного мозга, желудка. В исследовании Th.C. Sandeep также выявлены однонаправленные ассоциации для новообразований предстательной железы и лёгкого. В отличие от них, мы не нашли однонаправленных ассоциаций для рака тонкой кишки, печени, гортани, яичка, пищевода, яичника, тела и шейки матки и меланомы кожи [18]. В нашем исследовании высокий риск рака пищевода и рака прямой кишки, в отличие от данных Th.C. Sandeep и соавт. [18], был определён в группе больных с синхронными полинеоплазиями.

S. Subramanian и соавт. выявили у больных раком щитовидной железы высокий риск возникновения новообразований ободочной и прямой кишки, молочной железы, простаты, почки и неходжкинских лимфом, что согласуется с нашими данными. Однако их данные о высоком риске развития злокачественных опухолей слюнной железы, желудка, центральной нервной системы, мягкотканых сарком, множественной миеломы, лейкоза, злокачественных опухолей костей, суставов и надпочечника противоречат результатам нашего исследования. При этом авторы, в отличие от нас, наблюдали значительно более низкий риск рака лёгких и шейки матки [20].

В ходе других исследований был выявлен высокий риск развития рака щитовидной железы у больных неходжкинской лимфомой [10] и меланомой кожи [19], что согласуется с нашими данными.

Так же, как и в настоящей работе, независимые группы учёных не выявили увеличения риска развития карцином щитовидной железы у больных раком предстательной железы [8, 14].

Ряд авторов изучали риск других злокачественных опухолей у больных раком молочной железы и отметили у них, так же как и мы, одни — повышенный риск развития рака щитовидной железы [15, 16], другие — повышенный риск возникновения рака молочной железы у больных раком щитовидной железы [13]. В отличие от нас, некоторые исследователи не обнаружили у больных с карциномами молочной железы достоверного повышения риска рака щитовидной железы [7, 14].

Е. Berthe и соавт., исследовав случаи рака щитовидной железы, определили у женщин повышенный риск развития злокачественных новообразований уrogenитального тракта и почек, у мужчин — злокачественных новообразований костей, что согласуется с результатами нашего исследования только в отношении риска развития карцином почек у женщин. При этом повышенный риск развития рака молочной железы, лёгких, желудочно-кишечного тракта и кожи в работе Е. Berthe и соавт. не был достоверным, что противоречит данным нашего исследования [9].

В исследованиях первично-множественных злокачественных опухолей с поражением ободочной и прямой кишки некоторые авторы, в отличие от нас, не выявили высокого риска развития рака щитовидной железы [14].

По данным других авторов, как и по нашим данным, у больных с первично-множественными злокачественными опухолями с поражением ободочной и прямой кишки риск развития рака щитовидной железы был достоверно высоким [6]. Также в ряде исследований авторы, как и мы, не выявили у больных раком почки повышенного риска развития карциномы щитовидной железы [8].

Таким образом, данные, полученные в нашем исследовании, и противоречивые данные литературы требуют дальнейшего изучения RR развития полинеоплазий с поражением щитовидной железы.

ВЫВОДЫ

1. У женщин, страдающих раком щитовидной железы, высокий RR синхронного и метахронного развития меланомы, злокачественных новообразований почки, шейки матки, молочной железы и кожи, метахронного развития лимфом, рака лёгких и бронхов, ободочной кишки, тела матки, а также синхронного развития рака пищевода. У мужчин высокий RR синхронного и метахронного развития лимфом, рака почки, предстательной железы, синхронного развития рака пищевода и прямой кишки.

2. У мужчин и женщин, больных лимфомой и меланомой, высокий RR развития метахронного рака щитовидной железы.

3. При диспансеризации больных раком щитовидной железы необходимо учитывать RR возникновения последующих опухолей для ранней диагностики полинеоплазий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гланц С.А. Медико-биологическая статистика (пер. с англ.). — М.: Практика, 1999. — 459 с.
2. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. — СПб: Фолиант, 2006. — 432 с.
3. Хасанов Р.Ш., Латыпова Р.Ф. Риск развития полинеоплазий у больных злокачественными новообразованиями // Нижегород. мед. ж. — 2005. — №1. — С. 146–153.
4. Чиссов В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2010. — 195 с.
5. Юрин А.Г. Критерии диагностики и правила регистрации злокачественных и доброкачественных первично-множественных опухолей // Вопр. онкол. — 2003. — Т. 49, №3. — С. 376–382.
6. Ahmed F., Goodman M.T., Kosary C. et al. Excess risk of subsequent primary cancers among colorectal carcinoma survivors, 1975–2001 // Cancer. — 2006. — Vol. 107, N 5. — P. 1162–1171.
7. Andersson M., Jensen M.B., Engholm G. et al. Risk of second primary cancer among patients with early operable breast cancer registered or randomized in Danish Breast Cancer cooperative Group (DBCG) protocols of the 77, 82 and 89 programmes during 1977–2001 // Acta Oncol. — 2008. — Vol. 47, N 4. — P. 755–764.
8. Barocas D.A., Rabbani F., Scherr D.S., Vaughan E.D.Jr. A population-based study of renal cell carcinoma and prostate cancer in the same patients // BJU International. — 2006. — Vol. 97, N 1. — P. 33–36.
9. Berthe E., Henry-Amar M., Michels J.-J. et al. Risk of second primary cancer following differentiated thyroid cancer // Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging. — 2004. — Vol. 31. — P. 685–691.
10. Brennan P., Scélo G., Hemminki K. et al. Second primary cancers among 109 000 cases of non-Hodgkin's lymphoma // Br. J. Cancer. — 2005. — Vol. 93, N 1. — P. 159–166.
11. Brown A.P., Chen J., Hitchcock Y.J. et al. The risk of second primary malignancies up to three decades after the

treatment of differentiated thyroid cancer // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2008. — Vol. 93, N 2. — P. 504-515.

12. *Canchola A.J., Horn-Ross P.L., Purdie D.M. et al.* Risk of second primary malignancies in women with papillary thyroid cancer // Am. J. Epidemiol. — 2006. — Vol. 163, N 6. — P. 521-527.

13. *Chen A.Y., Levy L., Goepfert H. et al.* The development of breast carcinoma in women with thyroid carcinoma // Cancer. — 2001. — Vol. 92, N 2. — P. 225-231.

14. *Cluze C., Delafosse P., Seigneurin A. et al.* Incidence of second cancer within 5 years of diagnosis of a breast, prostate or colorectal cancer: a population-based study // Eur. J. Cancer Prev. — 2009. — Vol. 18, N 5. — P. 343-348.

15. *Lee K.D., Chen S.C., Chan C.H. et al.* Increased risk for second primary malignancies in women with breast cancer diagnosed at young age: a population-based study in Taiwan // Cancer Epid. Biomarkers Prev. — 2008. — Vol. 17, N 10. — P. 2647-2655.

16. *Mellemkjaer L., Friis S., Olsen J.H. et al.* Risk of second cancer among women with breast cancer // Int. J. Cancer. — 2006. — Vol. 118, N 9. — P. 2285-2292.

17. *Ronckers C.M., McCarron P., Ron E.* Thyroid cancer and multiple primary tumors in the SEER cancer registries // Int. J. Cancer. — 2005. — Vol. 117, N 2. — P. 281-288.

18. *Sandeep Th.C., Strachan M.W.J., Reynolds R.M. et al.* Second primary cancers in thyroid cancer patients: a multinational record linkage study // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2006. — Vol. 91, N 5. — P. 1819-1825.

19. *Spanogle J.P., Clarke C.A., Aroner S., Swetter S.M.* Risk of second primary malignancies following cutaneous melanoma diagnosis: a population-based study // J. Am. Acad. Dermatol. — 2010. — Vol. 62, N 5. — P. 757-767.

20. *Subramanian S., Goldstein D.P., Parlea L. et al.* Second primary malignancy risk in thyroid cancer survivors: a systematic review and meta-analysis // Thyroid. — 2007. — Vol. 17, N 12. — P. 1277-1288.

УДК 616.24-006.6-036.8: [615.277.3: 615.849]

T14

МЕЛКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛЁГКИХ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ, ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ПРОГНОЗ

Мадина Султановна Рамазанова, Анатолий Григорьевич Кисличко*

Кировская государственная медицинская академия

Реферат

Цель. Оценка эффективности и безопасности различных схем лечения больных мелкоклеточным раком лёгкого.

Методы. Обследованы 76 больных, 17 (22,4%) женщин и 59 (77,6%) мужчин, средний возраст $62 \pm 4,87$ лет, распределённых на две группы. Первую группу составили 46 (60,5%) человек с распространённой формой заболевания, вторую группу — 30 (39,5%) больных с локализованным раком.

Результаты. У больных с локализованной формой рака лёгкого наиболее эффективным методом была комбинация хирургического лечения в сочетании с химиотерапией. В данной группе в ближайшем периоде отмечен полный регресс заболевания, а в отдалённом периоде — статистически достоверная лучшая 2- и 3-летняя выживаемость по сравнению с пациентами, получавшими только химиотерапию. У больных распространённой формой мелкоклеточного рака лучшие непосредственные и отдалённые результаты отмечены после химиолучевой терапии, по сравнению с проведением только химиотерапии, что выразалось статистически достоверно лучшими показателями частичной ремиссии и стабилизации заболевания, а также 1- и 2-летней выживаемости.

Выводы. Использование химиотерапии в сочетании с хирургическим методом лечения при локализованной форме и химиолучевой терапии при распространённой форме мелкоклеточного рака лёгких характеризуется более высокими показателями эффективности лечения по сравнению с проведением только химиолучевой терапии и химиотерапии соответственно.

Ключевые слова: рак лёгкого, мелкоклеточный рак, распространённая форма, локализованная форма, химиолучевая терапия, хирургическое лечение.

SMALL CELL LUNG CANCER: EFFECTIVENESS OF DIFFERENT TREATMENT REGIMENS, LONG-TERM RESULTS AND PROGNOSIS

M.S. Ramazanova, A.G. Kislichko. Kirov State Medical Academy, Kirov, Russia. **Aim.** To evaluate the efficacy and safety of different treatment regimens of patients with small cell lung cancer. **Methods.** Examined were 76 patients, 17 (22.4%) females and 59 (77.6%) males, mean age 62 ± 4.87 years, divided into two groups. The first group consisted of 46 (60.5%) individuals with a generalized form of the disease, the second group consisted of 30 (39.5%) patients with localized cancer. **Results.** In patients with a localized form of lung cancer the most effective treatment method was a combination of surgical treatment with chemotherapy. In this group in the near-term period noted was a complete regression of the disease, while in the long-term period — a statistically significant improvement of 2- and 3-year survival compared with patients receiving chemotherapy alone. In patients with a generalized form of small cell lung cancer the best immediate and long-term results were observed after chemoradiotherapy compared with chemotherapy alone, which was reflected in statistically significant improvement of parameters of partial remission and stabilization of the disease, as well as improved 1- and 2-year survival. **Conclusion.** The use of chemotherapy in combination with surgical treatment for localized forms and chemoradiotherapy for generalized forms of small cell lung cancer is characterized by higher indices of treatment efficacy compared to administration of just chemoradiotherapy or chemotherapy, respectively. **Keywords:** lung cancer, small cell carcinoma, generalized form, localized form, chemoradiotherapy, surgical treatment.