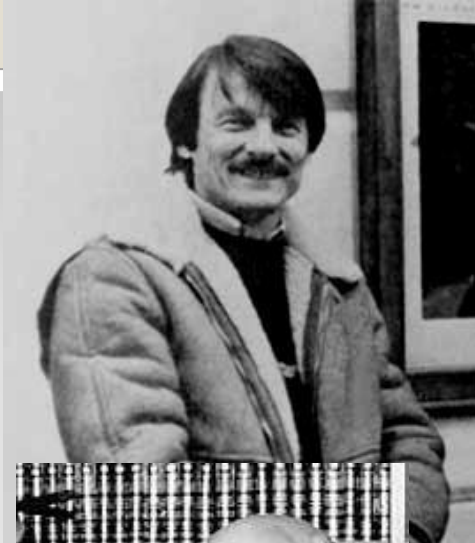
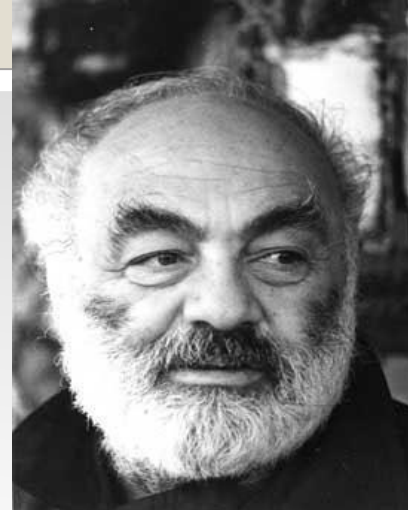


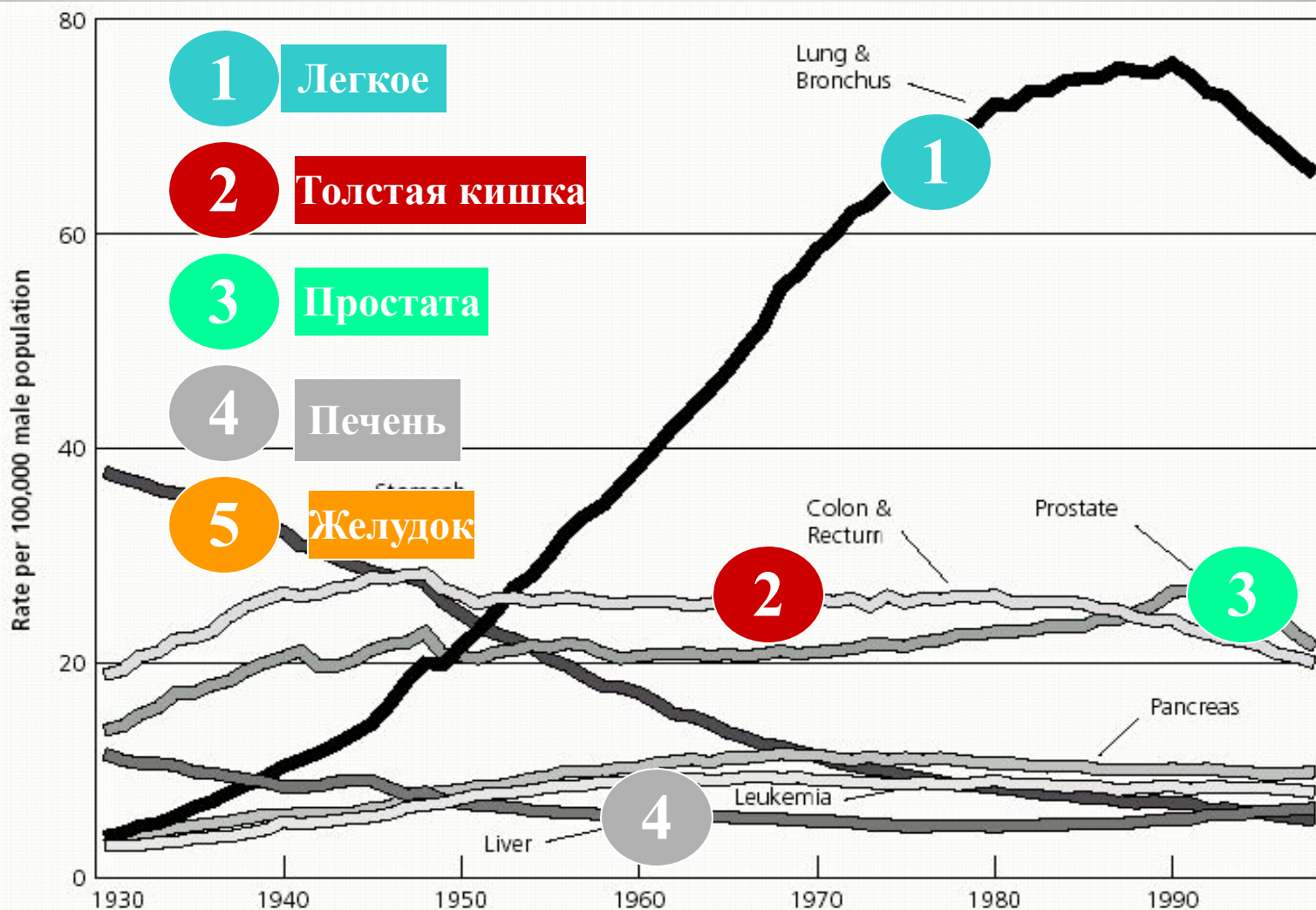
*Наиболее распространённые формы
рака(количество заболевших ежегодно)*

Рак легкого	1 350 000 (12,3%)
Рак молочной железы	1 050 000 (10,4%)
Рак толстой кишки	945 000 (9,4%)
Рак желудка	876 000 (8,7%)
Рак печени	564 000 (5,6%)
Рак предстательной	543 000 (5,4%)

железы



Заболееваемость мужского населения США (1930-2000г.)



Причины возникновения рака легкого

Курение - основная причина рака легкого: 75 % опухолей легких у мужчин и 45% у женщин обусловлены курением.

Профессиональные факторы - вторая причина возникновения рака легкого(до 40% случаев): у работников газовой, металлургической, алюминиевой, горнодобывающей, текстильной, обувной, кожевенной, картонной промышленности, шахтеров, металлургов и сварщиков.

загрязнение окружающей среды(воздуха)

химическими и радиоактивными канцерогенами.

Курение – основная причина рака легкого



У людей, выкуривающих по две или больше пачек сигарет в день в течение 20 лет риск рака легкого повышен на 60—70% по сравнению с некурящими. Риск рака легкого тем выше, чем больше сигарет выкуривают за день, чем дольше курят, чем больше количество вдыхаемого дыма, а также чем выше содержание смол и никотина в сигаретах.

**Курение - основная причина рака легкого:
75 % опухолей легких у мужчин и 45% у женщин
обусловлены курением.**



**«Пассивное курение»
так же опасно, так
как курильщик
вдыхает лишь 15%
табачного дыма, а
85% рассеиваются в
воздухе, пагубно
воздействуя на
окружающих.**

Курение – основная причина рака легкого (легкие курильщика)



5
лет



15
лет



10
лет



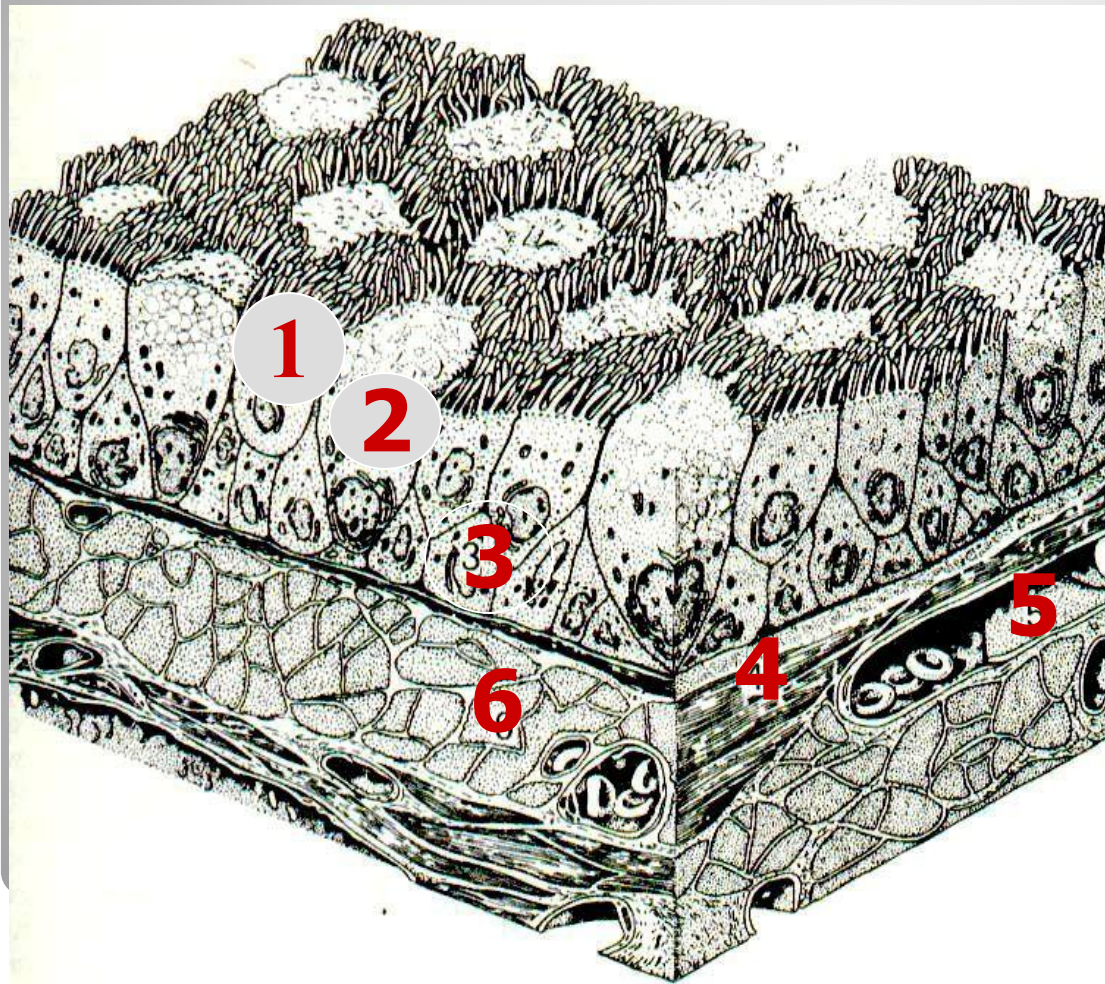
20
лет

зна
ка
рака

Основные периоды развития злокачественной опухоли легкого

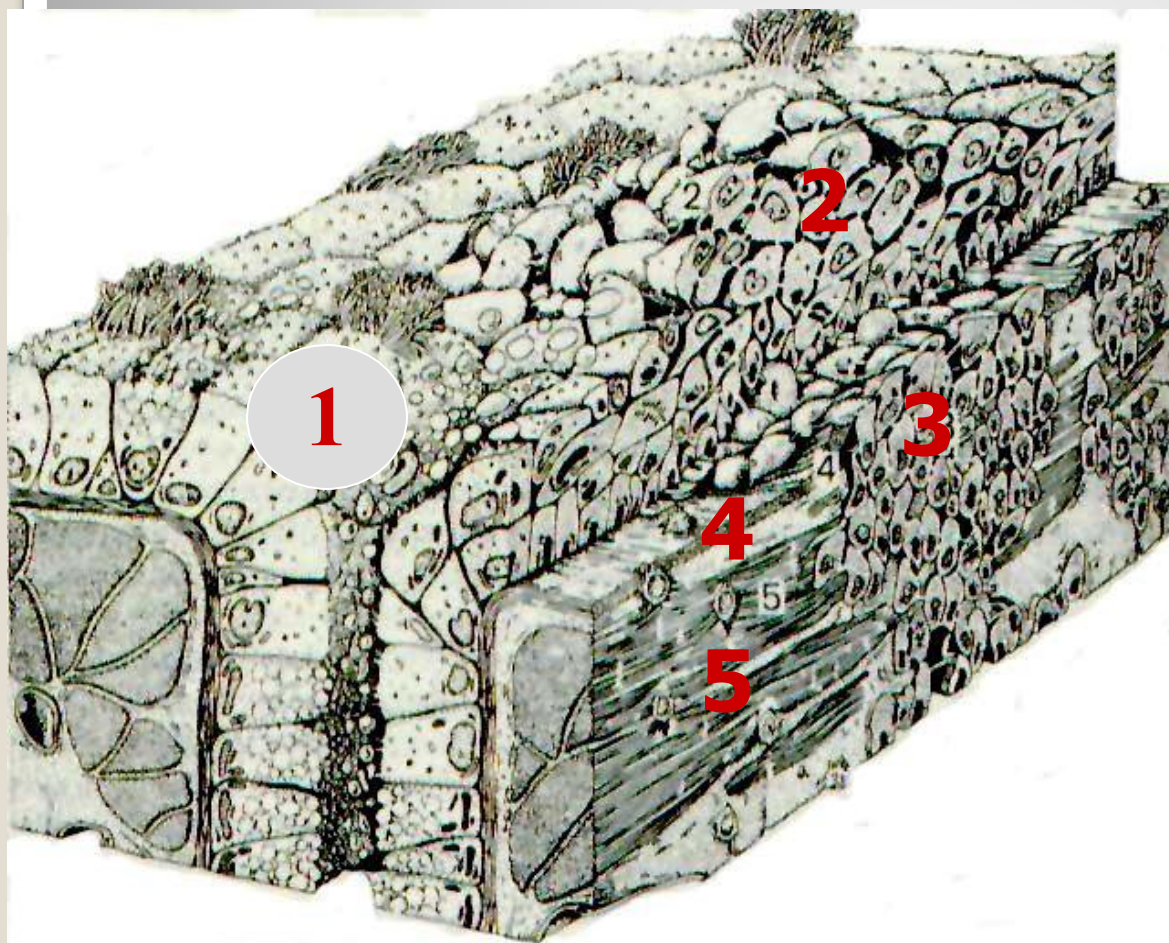
- Латентный период развития опухоли – время от начала действия канцерогенов до появления диагностируемой опухоли, продолжается 10 - 17 лет, в зависимости от интенсивности деления опухолевых клеток, определяющей ее злокачественность. Затем продолжается бессимптомный доклинический период развития опухоли, а с появлением симптомов начинается клинический период.
- В среднем, для развития опухоли диаметром 1-2 мм. (1-2 млн. опухолевых клеток) необходимо около 20 удвоений опухолевой массы
- В половине случаев рака легкого опухоль растет до диаметра 1 см (1 миллиард опухолевых клеток) в течении 7 и более лет.

Трехмерная структура строения поверхностного эпителия бронха



- 1 - ресничные клетки;
- 2 - слизепродуцирующие клетки;
- 3 - базальные клетки;
- 4 - базальная мембрана;
- 5 - кровеносные сосуды;
- 6 - гладкие мышцы.

Трехмерная структура строения поверхностного эпителия бронха



1- поверхность с диффузной утра- той ресничек;

2 – плоскоклеточная метаплазия с дисплазией;

3 – инфильтрирующий рост опухолевых клеток;

4 – базальная мембрана;

5 – гладкие мышцы.

Морфологическая классификация рака легкого

- *1.3.1. Плоскоклеточный рак (30%):* папиллярный, светлоклеточный, базалоидный, мелкоклеточный.
- *1.3.2. Мелкоклеточный рак легкого (18,2%).*
- *1.3.3. Аденокарцинома (30,7%):* ацинарная, папиллярная, солидная, смешанная, бронхиолоальвеолярный рак.
- *1.3.4. Крупноклеточный рак (9,4%):* нейроэндокринный, базалоидный, светлоклеточный, лимфоэпителиальноподобный,
- *1.3.5. Железисто-плоскоклеточный рак (1,5%).*
- *1.3.6. Рак с плейоморфными и саркоматозными элементами:* плейоморфный, веретенкоклеточный, гигантоклеточный, карциносаркома, легочная бластома.
- *1.3.7. Карциноидные опухоли (1,0%).*
- *1.3.8. Рак бронхиальных желез (типа слюнной железы).*

Факторы риска возникновения рака легкого

Генетические факторы: первичная множественность опухолей, при наличии в семье злокачественной опухоли риск рака легкого у прямых родственников возрастает 3-4 раза.

Модифицирующие факторы:

- а) экзогенные – курение, загрязнение окружающей среды, профессиональные вредности;
- б) эндогенные – возраст старше 45 лет, хронические заболевания легких.

Группы повышенного риска развития РЛ:

- много или длительно курящие мужчины и женщины старше 45 лет;
- лица, длительно страдающие хроническими заболеваниями бронхо - легочной системы.
- лица работающие с профессиональными вредностями;
- пациенты с отягощенной наследственностью.

Рак легкого

Заболевание

Мужчины – 67,3,

В возрасте 18-19600

Женщины – 12,7

Больших ежегодно: I –

стадии – 22,1%,

II стадия – 45,5%, IV стадия

– 25,4%. Радикально

оперируются – до 12%

больших,

комбинированное

лечение получают – 13,9%.

Однородная

летальность 63,9%.

летальность

летальность

летальность

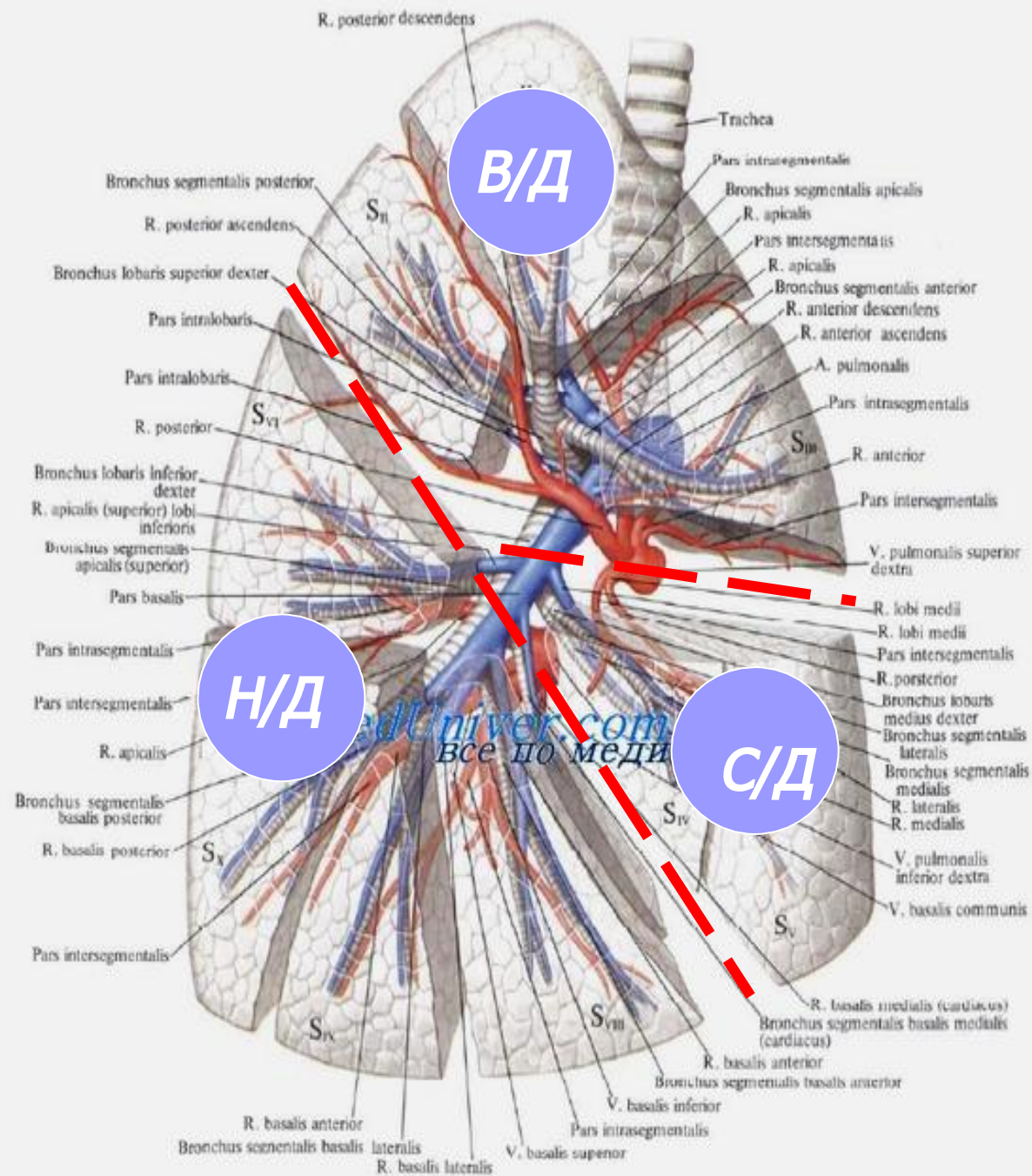
Причины поздней диагностики рака легкого

- отсутствие программ скрининга;
- нерегулярные рентгениследования пациентов пожилого возраста и групп риска;
- ошибки рентгенологов, необоснованное преувеличение возможностей рентгенографии;
- неполный объем обследования;
- несвоевременное выполнение бронхоскопии;
- длительное противовоспалительное лечение под наблюдением терапевта или пульмонолога;
- необоснованное «пробное» противотуберкулезное лечение;
- недооценка клинических проявлений раннего рака легкого;
- позднее обращение больного к врачу.

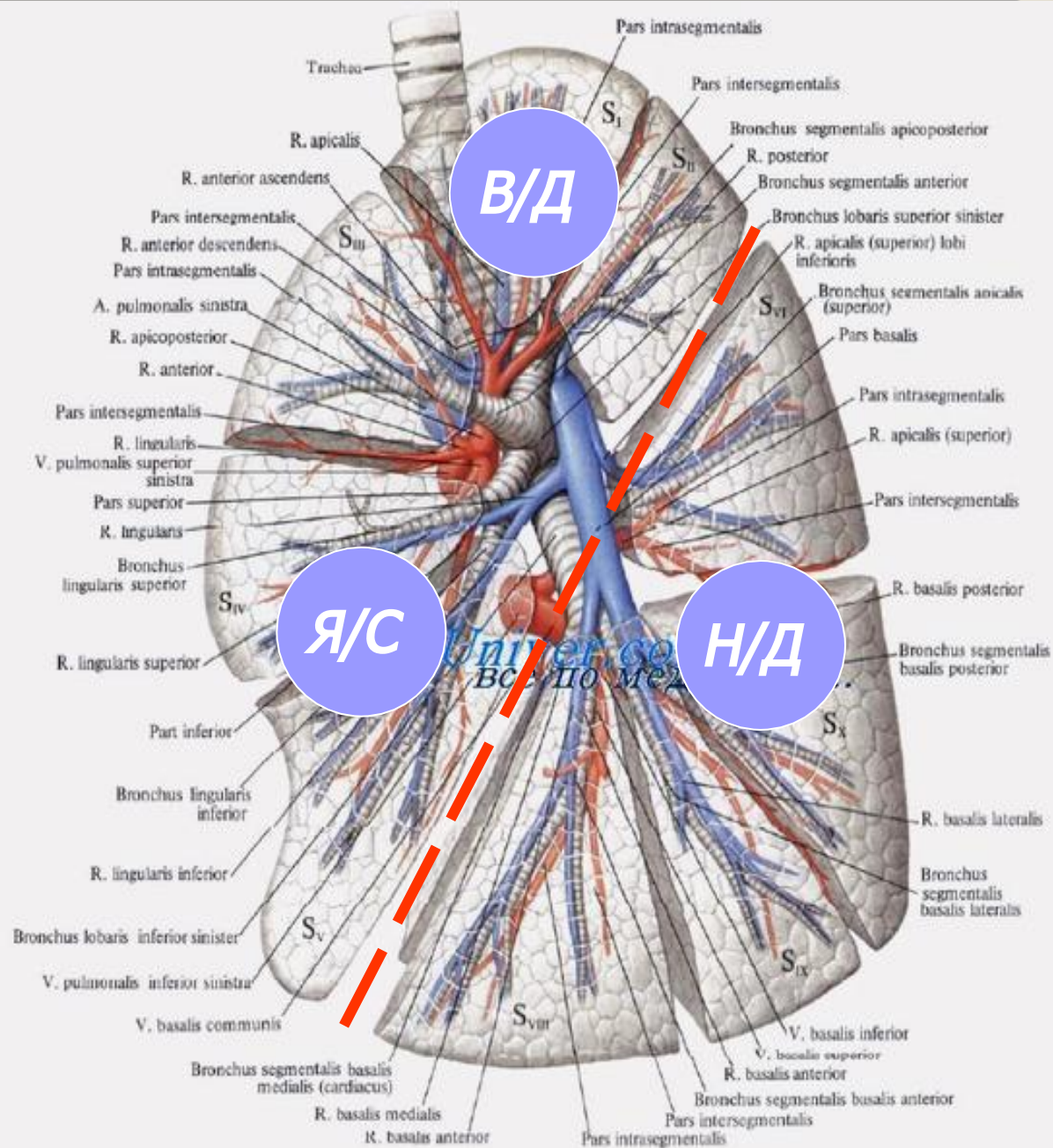
Сегментарное строение легких



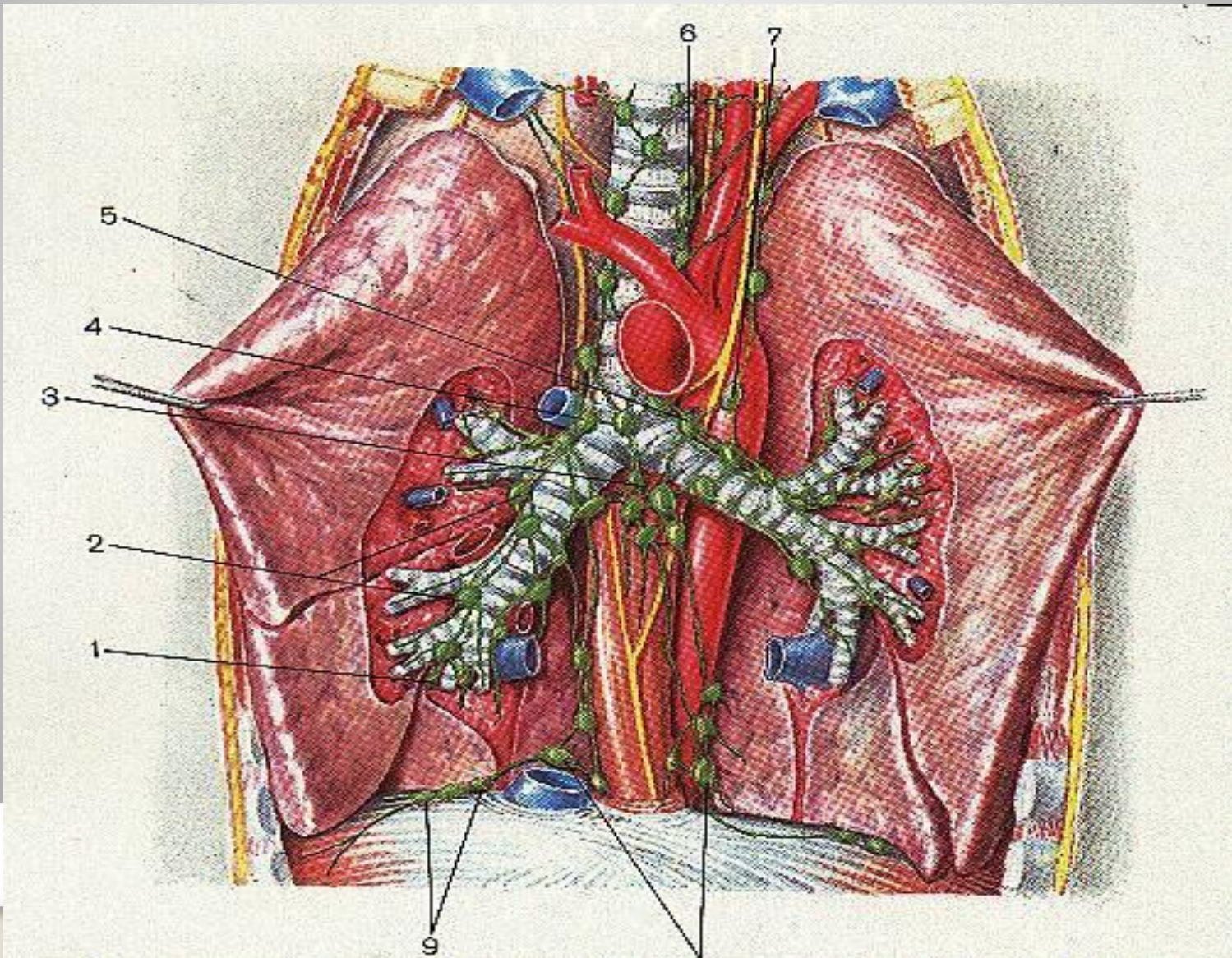
Бронхи и сосуды правого легкого



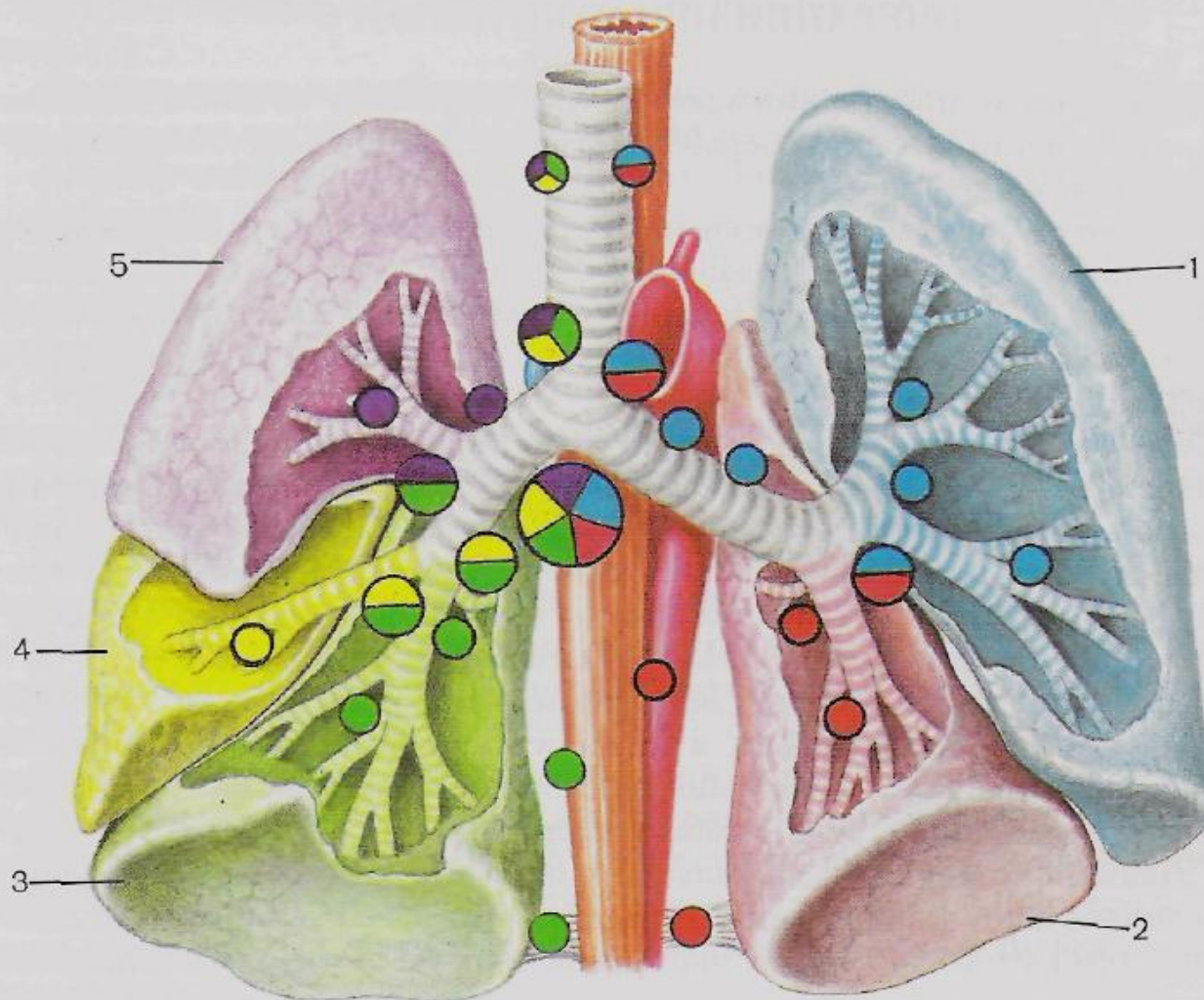
Бронхи и сосуды левого легкого



Регионарные лимфатические узлы легких



Особенности зонального лимфооттока от легких



201. Пути оттока лимфы от долей легкого в регионарные лимфатические узлы (внутрилегочные и внутригрудные) (схема).

При воспалительном, специфическом или опухолевом поражении лимфоузлов отток лимфы становится частичным

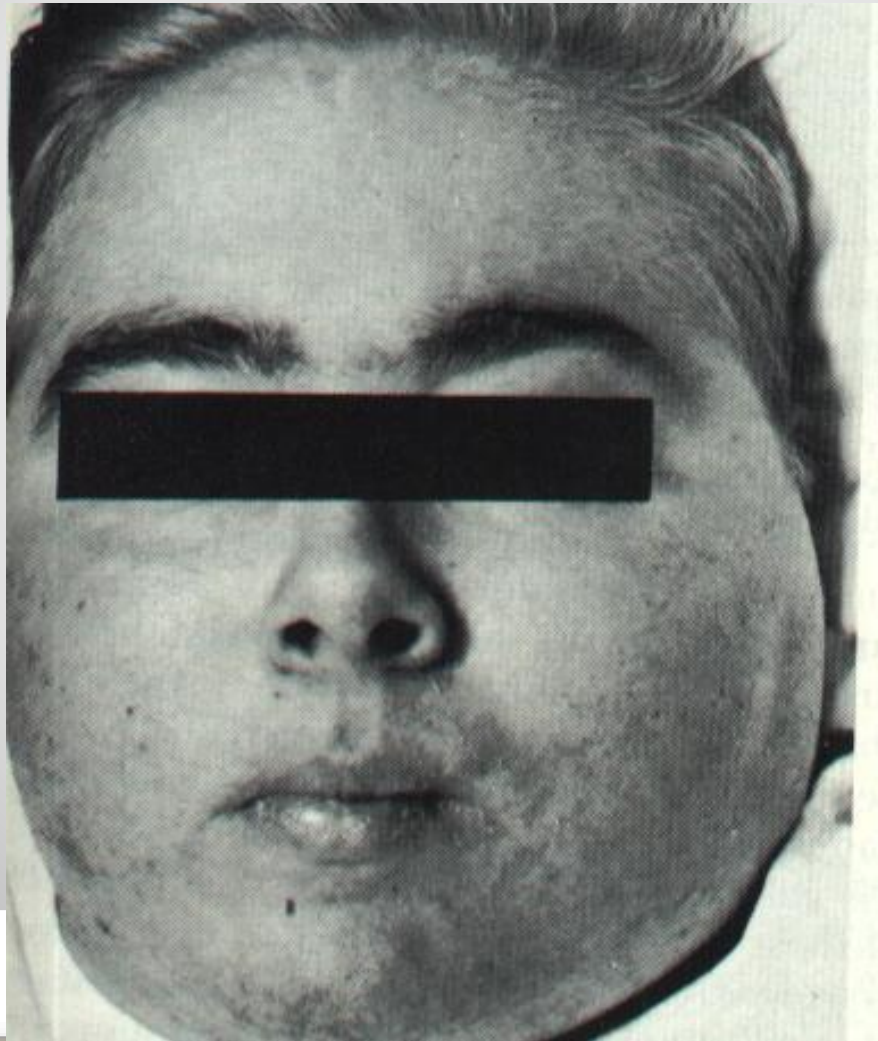
Паранеопластические синдромы при раке легкого

- **Системные синдромы:** анорексия, кахексия, потеря массы тела, лихорадка, ортостатическая гипотония, небактериальный эндокардит, системная красная волчанка.
- **Кожные синдромы:** гипертрихоз, акрокератоз, дерматомиозит, акантоз, легочная остеоартропатия, васкулит, герпетиформный кератит.
- **Гематологические синдромы:** анемия, полицитемия, гиперкоагуляция, тромбоцитопеническая пурпура, диспротеинемия (вт.ч. амилоидоз), лейкоцитоз, лейкомоидная реакция, эозинофилез.
- **Почечные синдромы:** гломерулопатий, тубулоинтерстициальные нарушения.
- **Неврологические синдромы:** периферическая нейропатия, миастенический синдром Ламперта–Итона, некротическая миелопатия, церебральная нейропатия.
- **Эндокринные и метаболические синдромы:** синдром Кушинга, гиперкальциемия, гипонатриемия, гипергликемия, гипертензия, акромегалия, гипертиреозидизм, гиперкальцитонинемия, гинекомастия, галакторея, карциноидный синдром, гипогликемия, гипофосфатемия, молочно-кислый ацидоз, гипоурикемия, гиперамлаземия.

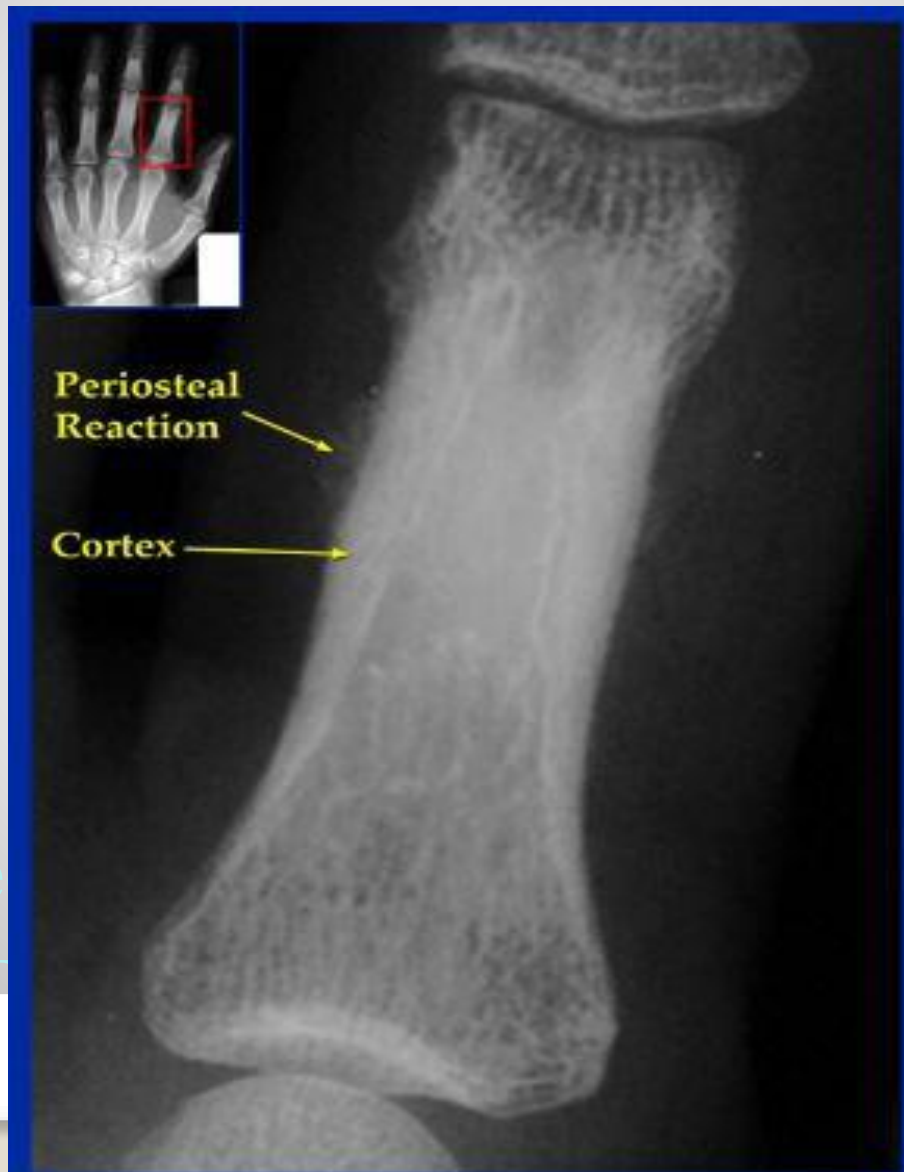
Паранеопластический синдром при раке легкого – деформация ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек»



Паранеопластический синдром при раке легкого – синдром Иценко – Кушинга



Паранеопластический синдром при раке легкого – оссифицирующий периостит



Паране
легкого

при раке
периостит

**Паранеопластический синдром при раке
легкого – синдром Базекса
(на коже кистей, стоп, лица, носа, ушей, колен,
локтей, туловища - эритема, гиперкератоз,
кератодермия)**



**Паранеопластический синдром при раке
легкого – синдром Базекса
(на коже кистей, стоп, лица, носа, ушей, колен,
локтей, туловища - эритема, гиперкератоз,
кератодермия)**



Паранеопластический синдром при раке легкого – черный акантоз



**Мелкоклеточный рак легкого.
Метастатическое поражение кожи и
мягких тканей лица**



Клинические формы рака легкого

Центральный рак легкого (40-60%) – опухоль развивающаяся в слизистой (доцевого сегментарного) (крупного) (главного, и) сопровождающаяся развитием бронхо-обтурационного синдрома: эндобронхиальный рак; перибронхиальный узловой рак; разветвленный рак.

Периферический рак легкого (40-50%) – опухоль развивающаяся в слизистой мелкого и мельчайшего бронха и растущая в виде узла, расположенного в периферийных отделах легкого: узловой рак; пневмониеподобный рак; рак верхушки легкого (рак Панкоста).

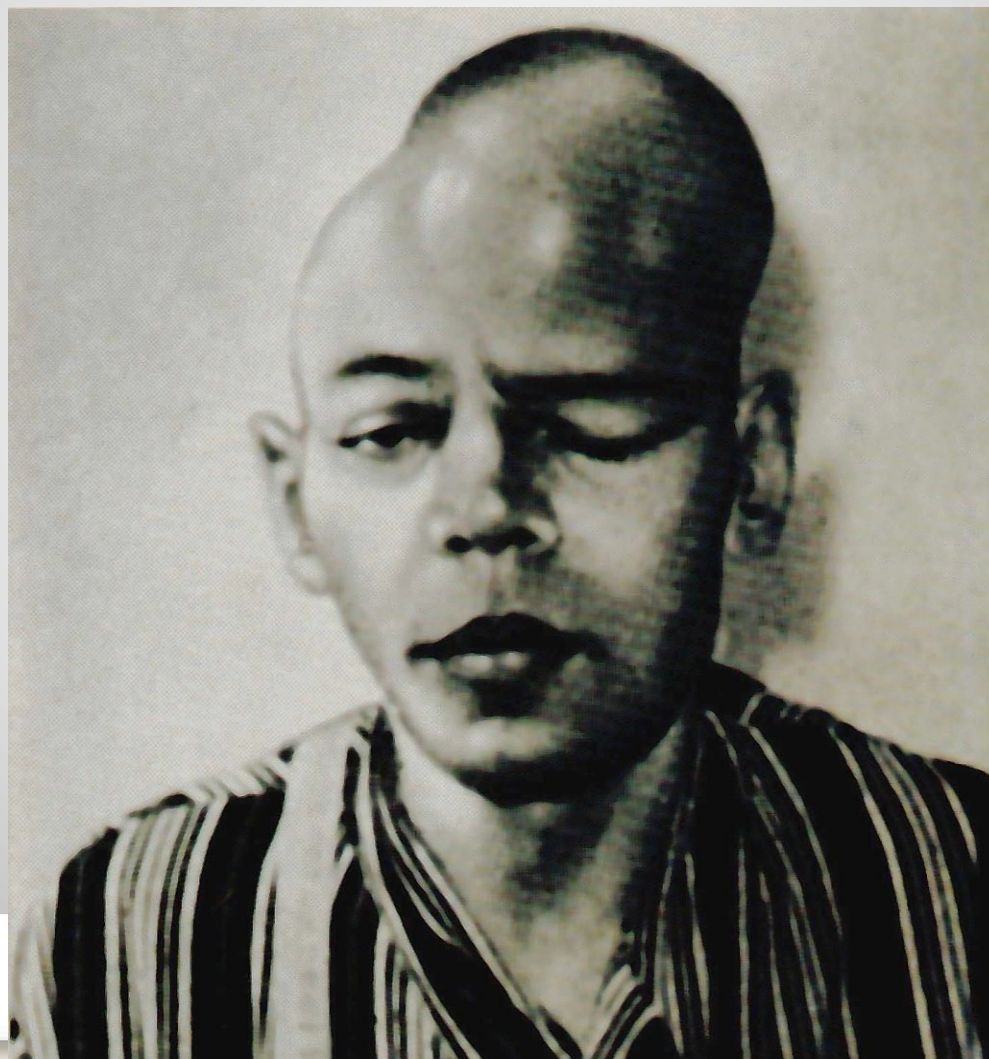
Атипичные формы рака легкого (5-10%): медиастинальная форма – прорастание средостения и поражение медиастинальных лимфатических узлов; метастатическое поражение костей; метастатическое поражение головного мозга; неврологической симптоматики.

Клинические формы рака легкого

Центральный рак легкого возникает вследствие продолжительного воздействия канцерогенных факторов, содержащихся во вдыхаемом воздухе.

Периферический рак является следствием гематогенного или лимфогенного попадания канцерогенов в легкие.

Клинические формы рака легкого
Атипичная «мозговая» форма

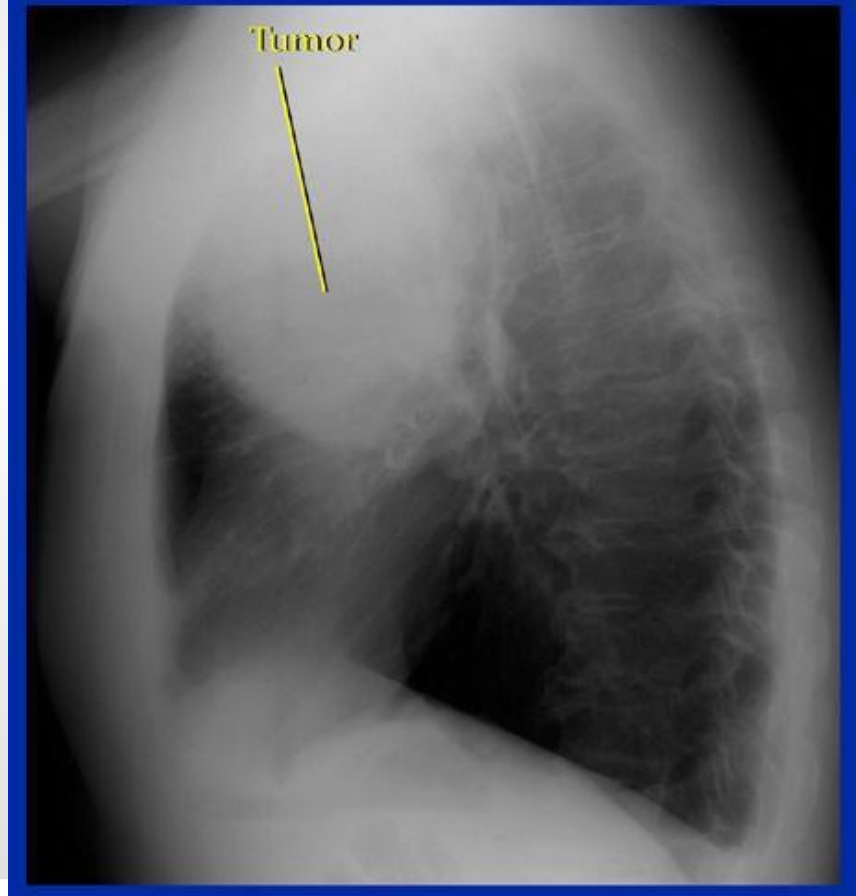
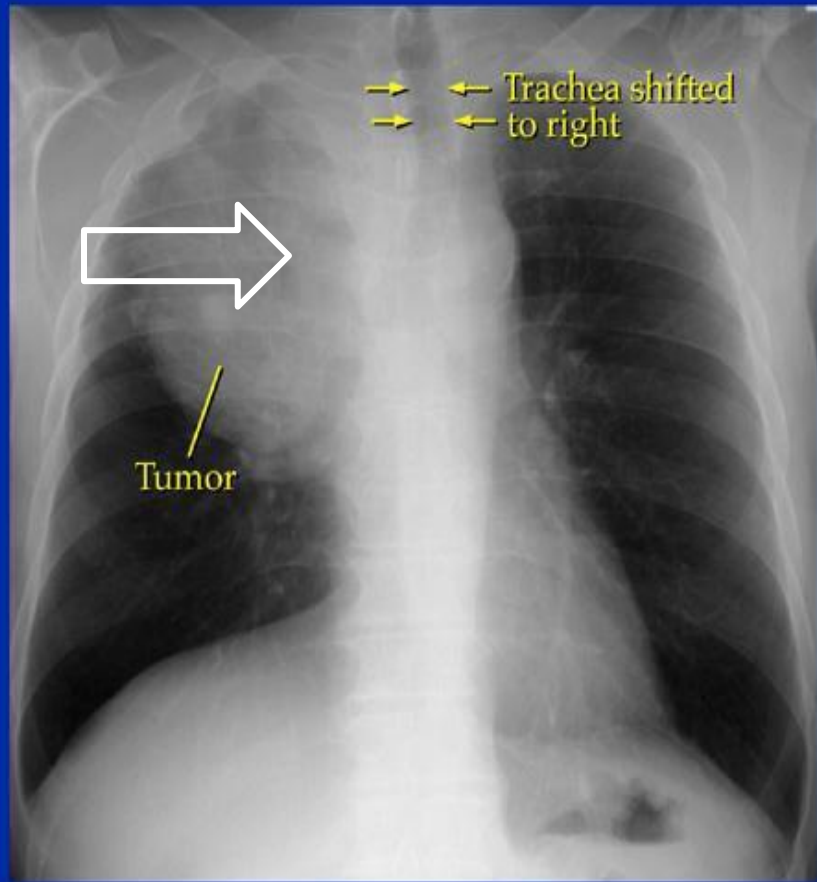


Клинические формы рака легкого -
«синдром сдавления верхней полой вены»
при «медиастинальной» форме рака легкого



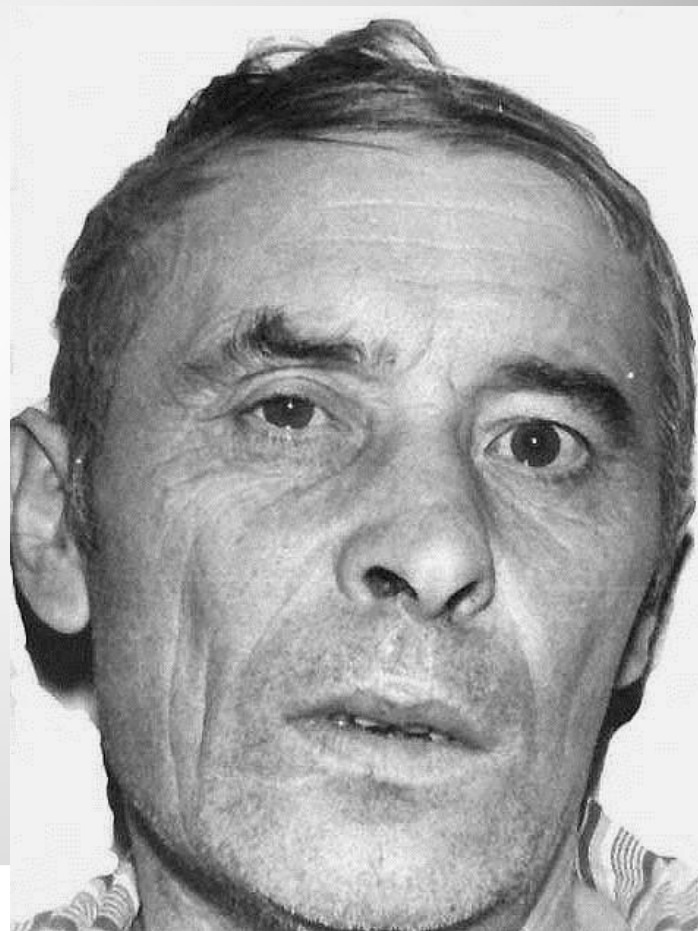
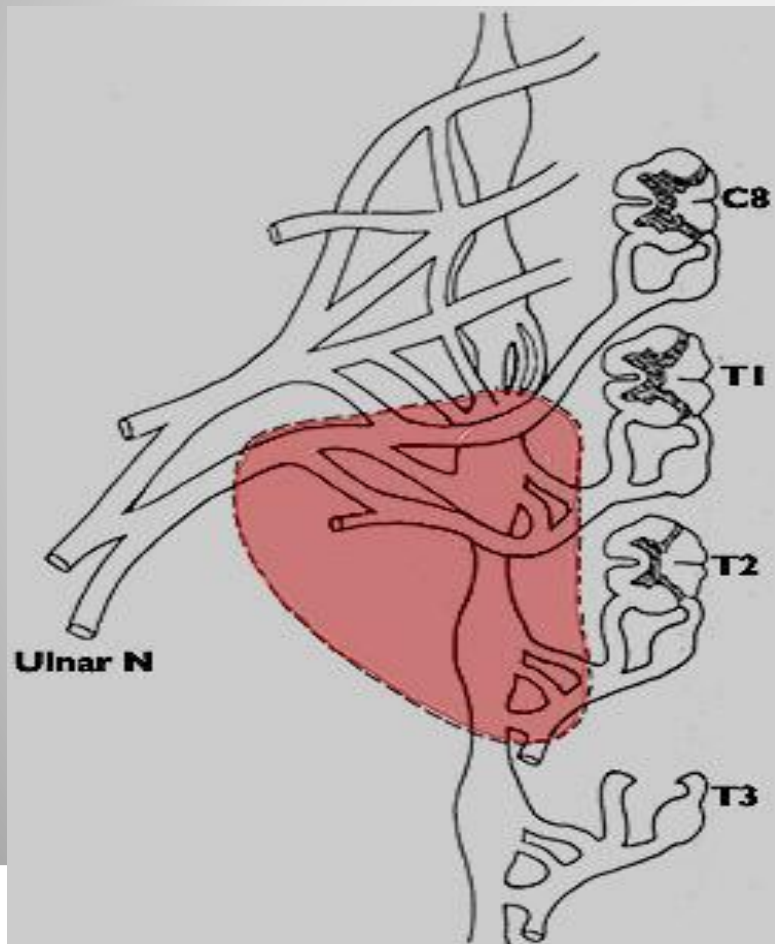
Клинические формы рака легкого

Атипичная «медиастинальная» форма с «синдромом сдавления верхней полой вены»



Клинические формы рака легкого

**Рак вершины легкого(Н. Pancoast,1924),
синдром Горнера(птоз, миоз, энофтальм) справа**



Метастазирование рака легкого

- метастазы в печень выявляются у 40% больных,
- метастазы в мозг - у 25-40%,
- метастазы в кости - у 15-20%,
- метастазы в надпочечники - у 25-30%,
- метастазы в почки - у 15-20%.

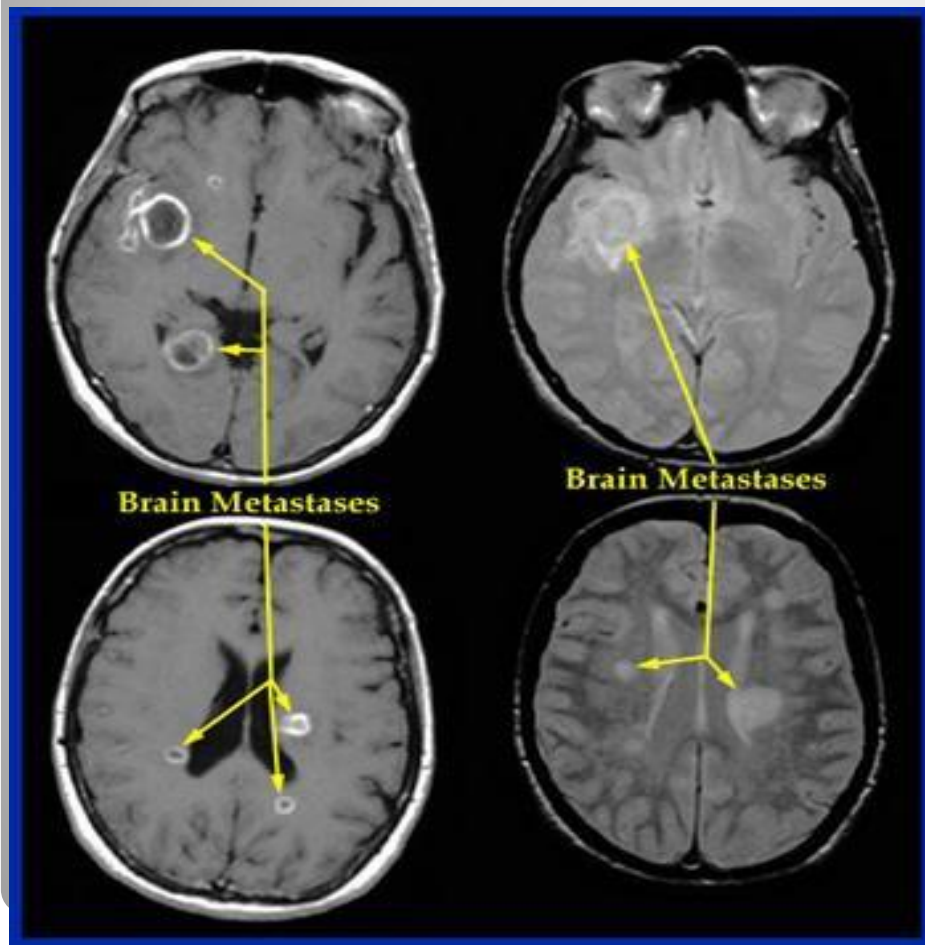
Метастазирование рака легкого

Метастазы рака легкого в надпочечники



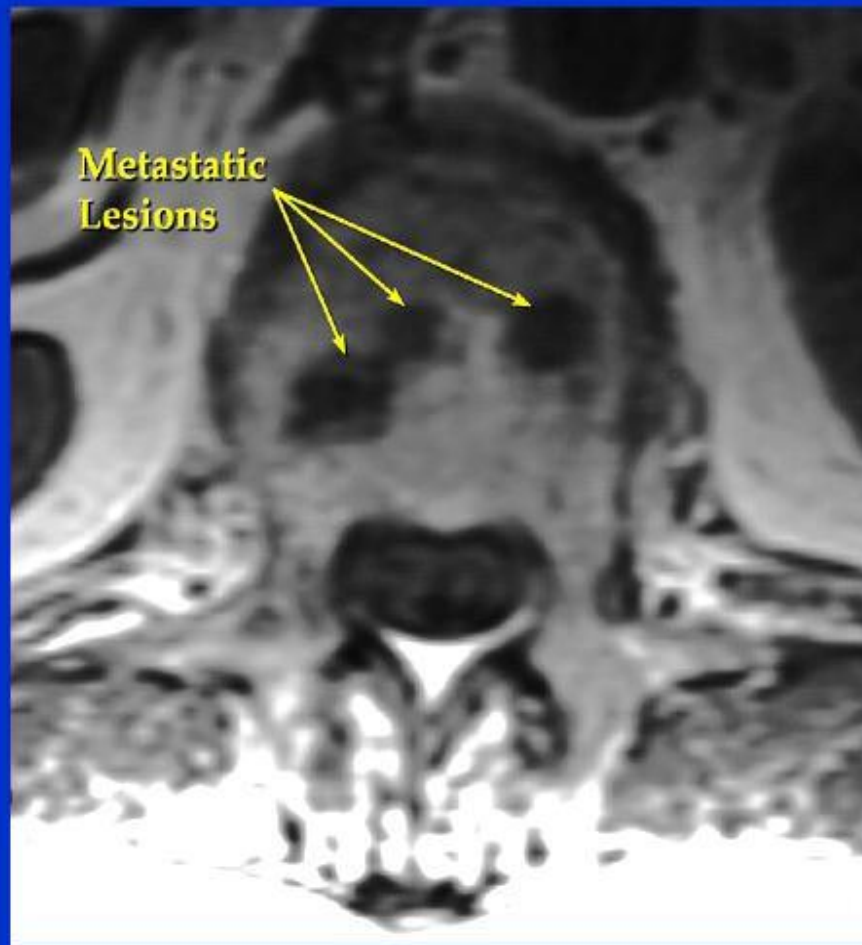
Метастазирование рака легкого

Метастазы в головной мозг



Метастазирование рака легкого

Метастазы в позвоночник

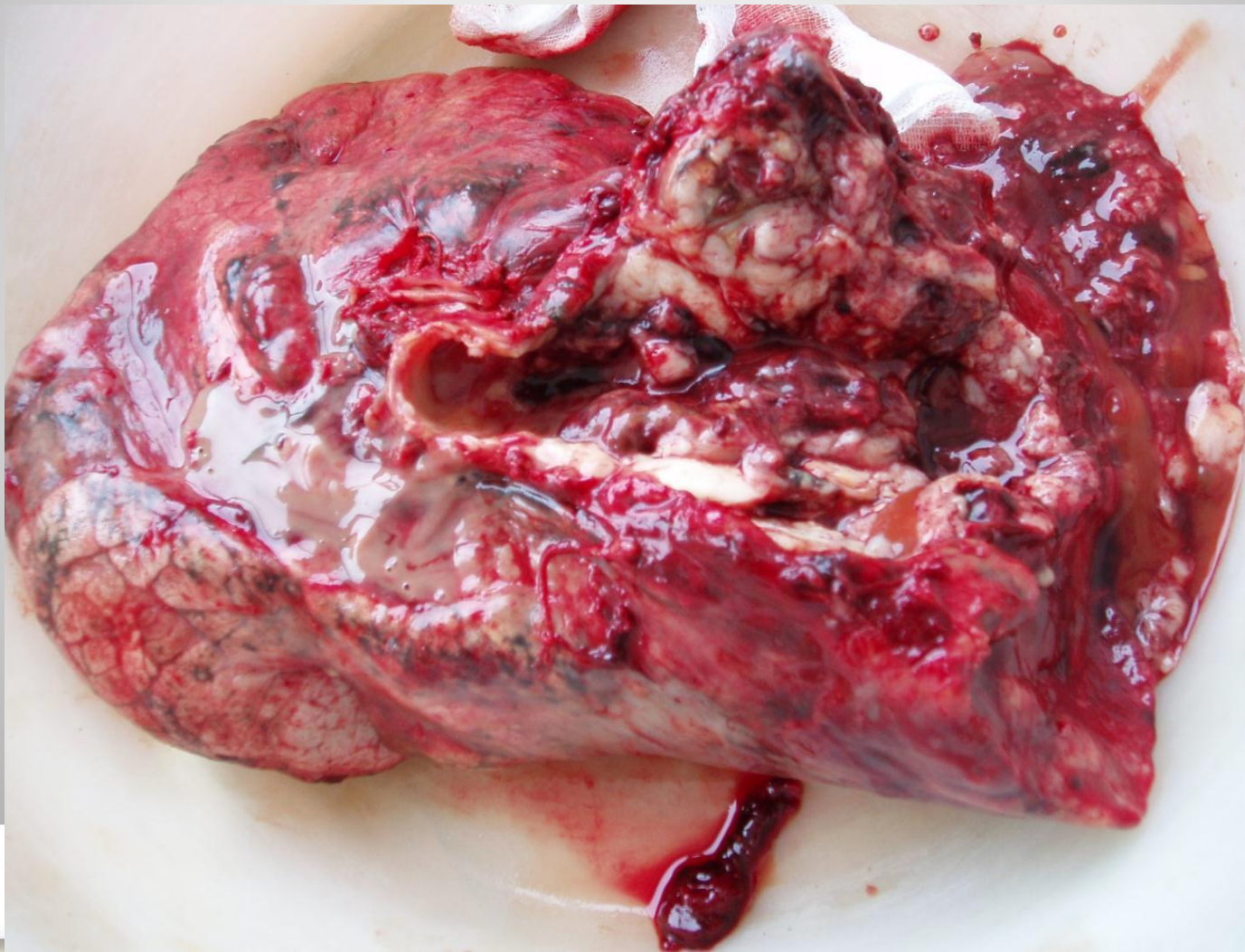


Формы роста центрального рака легкого

- 1 – эндобронхиальный
- 2 – эндо-перибронхиальный
- 3 – перибронхиальный



Центральный эндо- перибронхиальный рак легкого



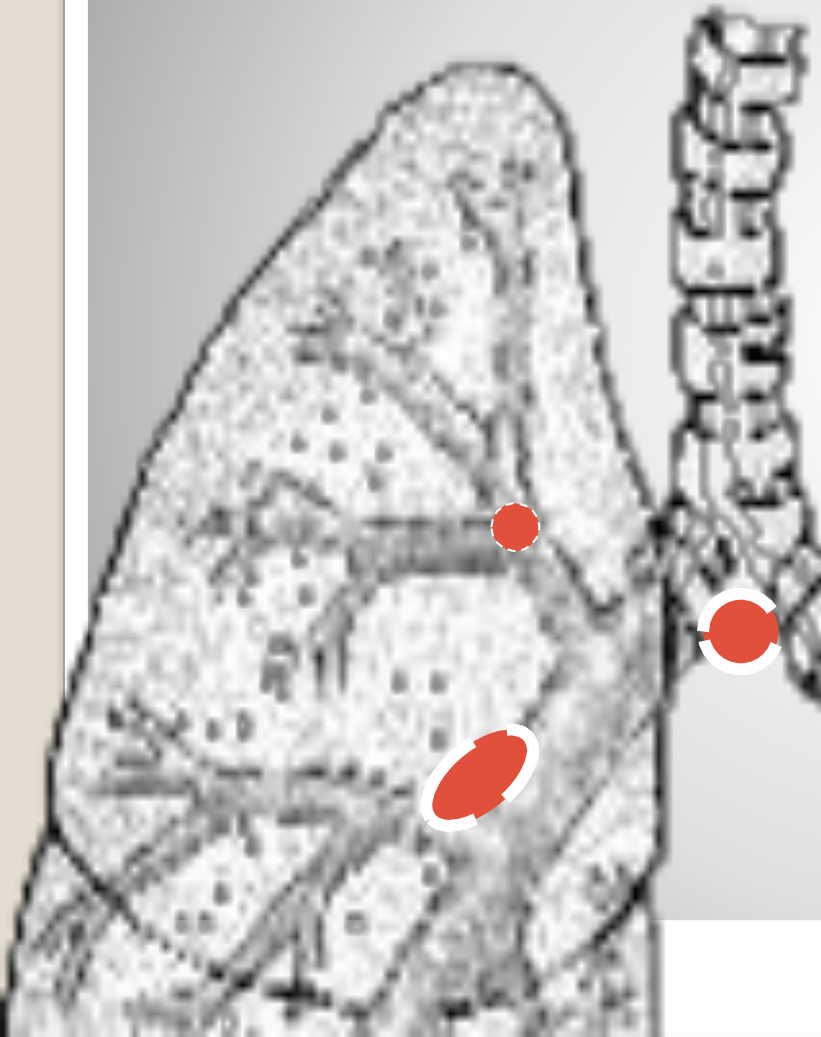
Центральный рак легкого

Центральный рак исходит из крупного бронха: главного, долевого, сегментарного. **Формы роста: эндобронхиальный, перибронхиальный, смешанный.**

Центральный рак постепенно приводит к обтурации бронха и развитию ателектаза.

С ранних стадий проявляется кашлем, кровохарканьем, субфебрилитетом.

Опухоль не видна на рентгенограммах и может быть выявлена только при



Периферический рак легкого

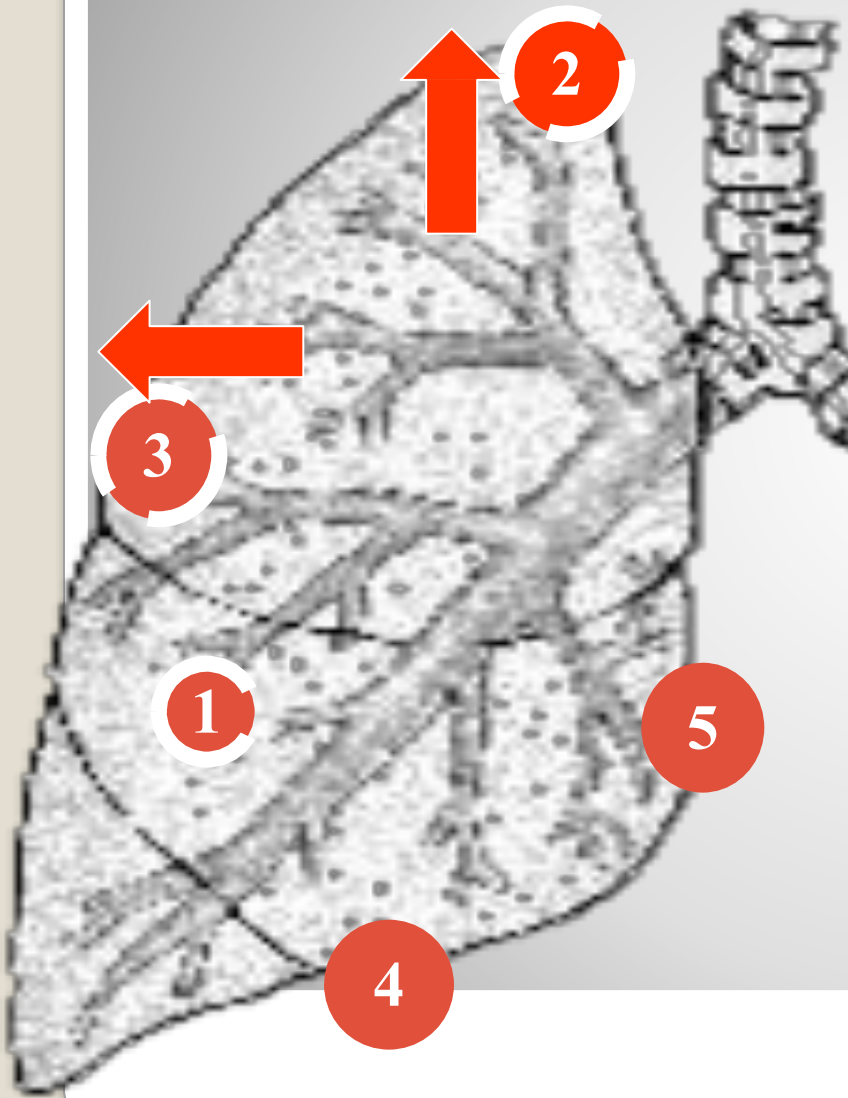
Периферический рак

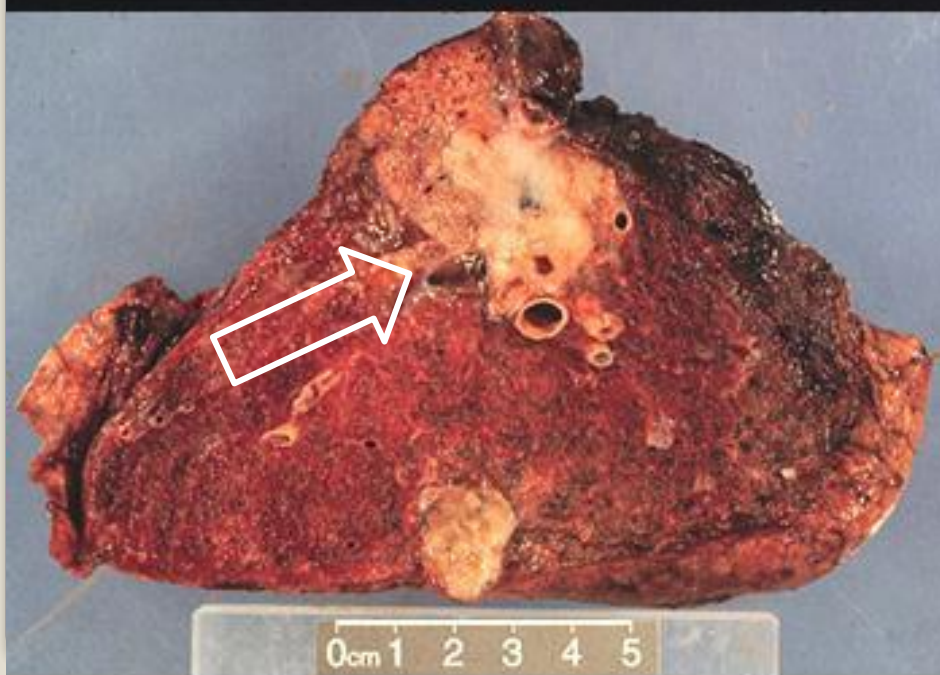
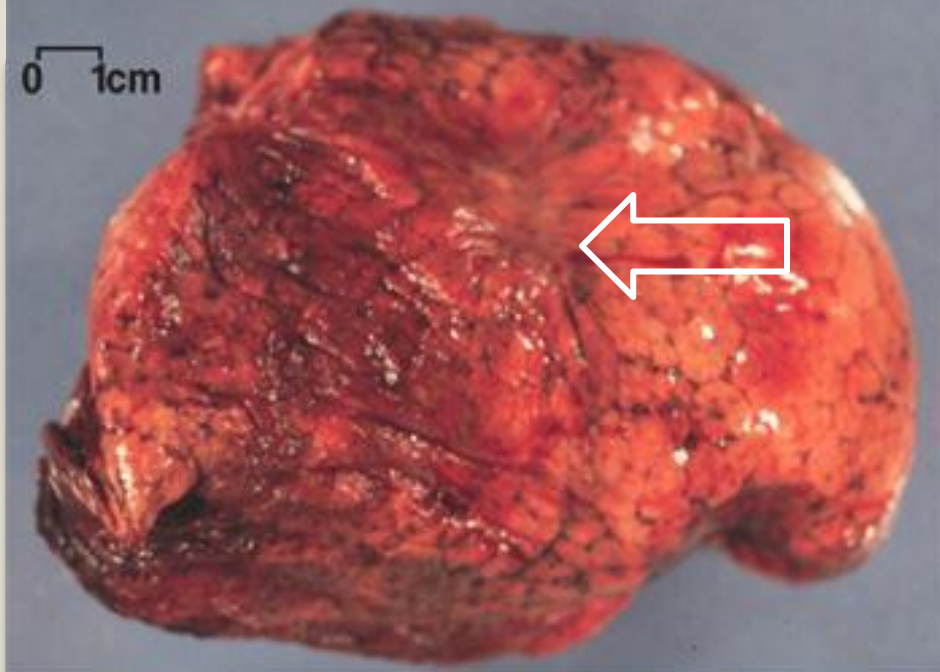
исходит

в виде узла в периферийных
из мелких бронхов и растет
отделах легкого(1).

В ранних стадиях заболевания протекает бессимптомно, симптомы (боли, кашель, кровохарканье) появляются при прорастании грудной стенки, крупных бронхов и сосудов(2,3).

Периферическая опухоль выявляется на рентгено – граммах в 2 проекциях, может скрываться за тенью





Периферический рак легкого

Клиника

Клиника

центрального рака
центрального рака

легкого
легкого

Тельного процесса

Эндобронхопневмония

Дарунетин, ситамптин

Дарунетин, ситамптин

Одобрено в США, Канада, Япония, Тайвань

Результаты исследования

Результаты исследования

Результаты исследования

Результаты исследования

Результаты исследования

Результаты исследования

Результаты исследования

Результаты исследования

Результаты исследования

Результаты исследования

Патогенез развития симптомов рака легкого

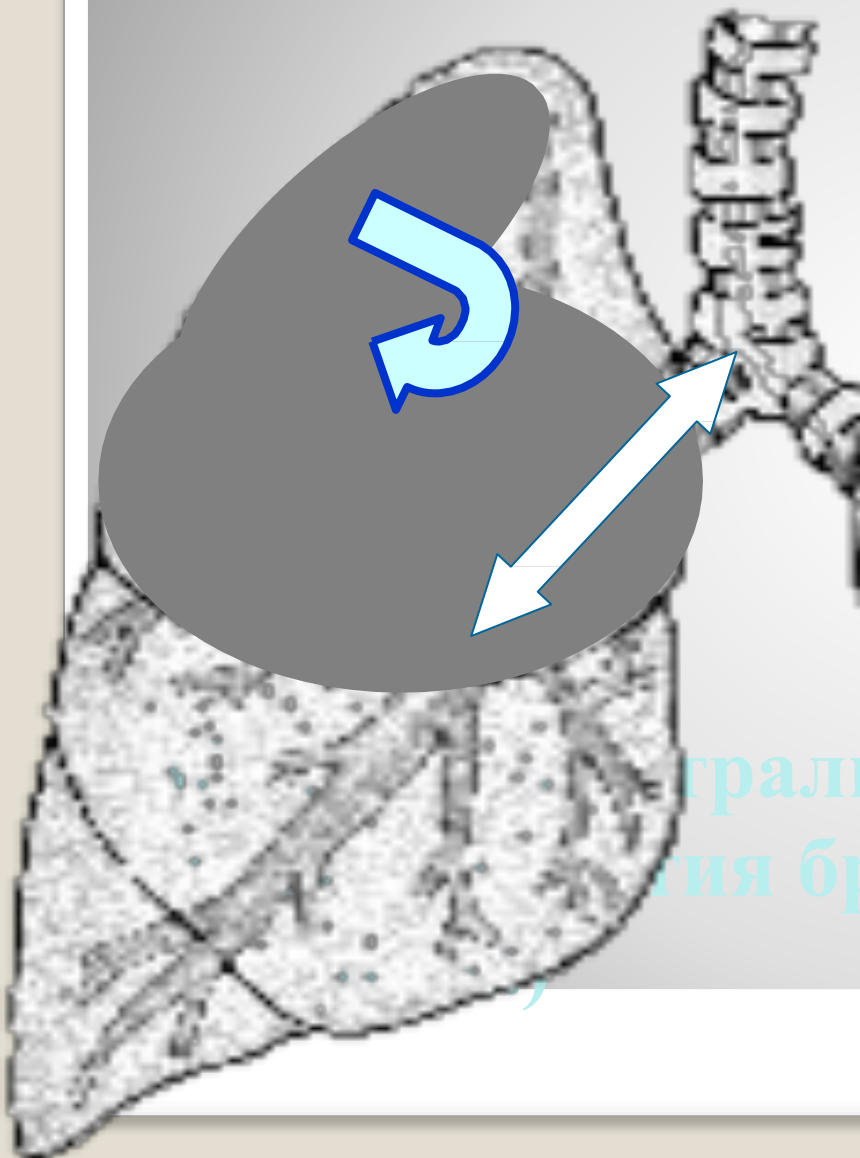
Симптомы связанные с первичной опухолью:

- кашель – раздражение рецепторов слизистой бронха растущей опухолью и локальным воспалительным процессом;
- выделение мокроты – развитие локального воспалительного процесса, задержка мокроты дистальнее опухоли;
- кровохарканье – деструкция поверхности опухоли вследствие развития воспалительного процесса и нарушений трофики;
- субфебрилитет – развитие локального воспалительного процесса; боли – прорастание опухолью грудной стенки, диафрагмы, крупных сосудов и нервов
- паранеопластические симптомы – связаны с гормональной активностью первичной опухоли;

Патогенез развития симптомов при центральном эндобронхиальном раке легкого

- **Начальный рост эндобронхиальной опухоли: кашель, выделение мокроты, кровохарканье, субфебрилитет – следствие развития локального воспалительного процесса и раздражения рецепторов слизистой бронха растущей опухолью.**
- **Развитие стеноза бронха: усиление кашля, появление и усиление одышки (нарушение газообмена).**
- **Нарушения вентиляции (гиповентиляция, ателектаз) и развитие обтурационного пневмонита (пневмонии) : одышка, вначале субфебрилитет а затем периодические повышения температуры до 38,0 – 39,0.**

Клиника центрального рака легкого (схема развития бронхообтурационного синдрома)



Центральный рак легкого постепенно приводит к обтурации пораженного бронха: вначале развивается фаза вентиляционного стеноза – воздух только на вдохе проходит через суженный просвет бронха, развивается эмфизема пораженной части легкого; полная обтурация бронха приводит к гиповентиляции и затем к полному обезвоздушиванию части легкого - ателектазу .

Бронхообтурационный синдром (фаза вентиляционного стеноза) (фаза вентиляционного стеноза)

Я

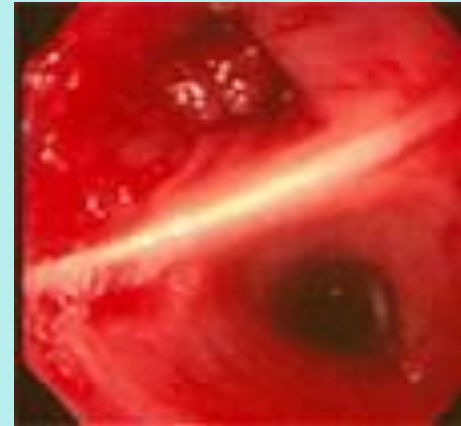
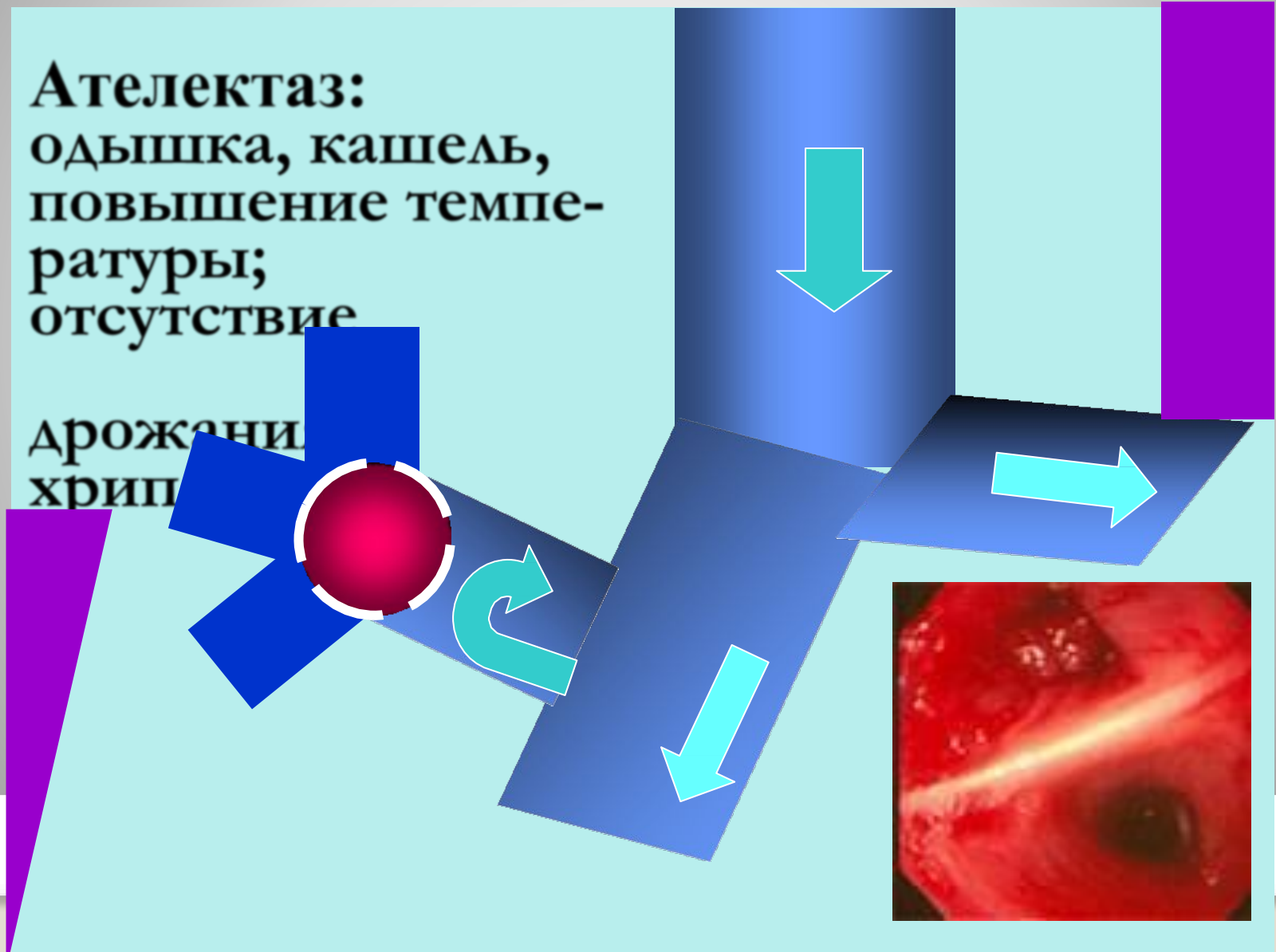


Бронхообтурационный синдром (ателектаз) - синдром «немого» легкого

Ателектаз:

одышка, кашель,
повышение темпе-
ратуры;
отсутствие

дрожания
хрипы



Клиника центрального рака легкого (бронхообтурационный синдром).

- Бронхообтурационный синдром развивается на фоне полной обтурации бронха опухолью.
- Обтурационный пневмонит: усиление кашля; повышение температуры; одышка; боли в грудной клетке, общее недомогание. Аускультативно – отсутствие дыхания, хрипов и голосового дрожания (синдром «немого» легкого).
- Противовоспалительная терапия эффективна: восстанавливается проходимость бронха – клинические проявления идут на убыль (период мнимого выздоровления).
- Неизбежно развивается повторная обтурация – рецидивирующий пневмонит.
- Рентгенография не информативна – диагноз может быть установлен только при бронхоскопии.
- Через 12 - 22 месяца развивается ателектаз с типичной рентгенологической картиной.

Первичная диагностика рака легкого - определение клинико- анатомической формы, гистологической структуры и степени дифференцировки опухоли.

Методы первичной диагностики

- 1. Полное клиническое обследование:
физикальный осмотр, клинический и
биохимический анализы крови.**
- 2. Рентгенологическое исследование
грудной клетки.**
- 3. Бронхологическое исследование с
биопсией.**
- 4. Трансторакальная пункция перифери-
ческой опухоли.**
- 5. Патоморфологическая верификация.**

**Уточняющая диагностика рака легкого -
стадирование по TNM; функциональное состояние
пациента; определение показаний и противо-
показаний к лечению.**

**Методы уточняющей диагностики
(при необходимости хирургического или лучевого
лечения).**

- 1.Компьютерная томография грудной клетки и
надпочечников.**
- 2.Ультразвуковое исследование брюшной полости
и грудной клетки.**
- 3.Сканирование скелета.**
- 4.Рентгенография скелета.**
- 5.КТ\ МРТ головного мозга.**
- 6.Функциональное исследование легких и сердца.**
- 7.По показаниям – торако- и медиастиноскопия.**

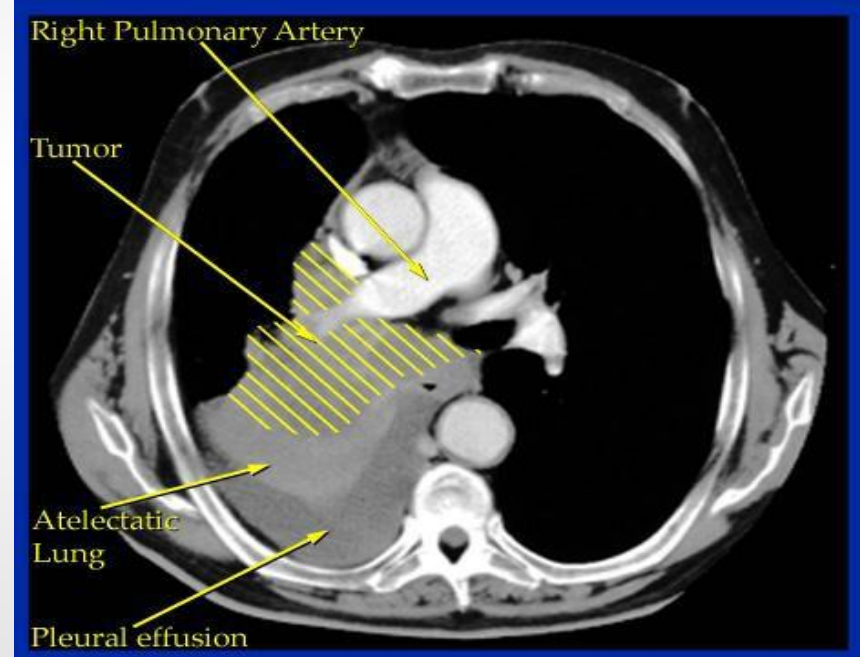
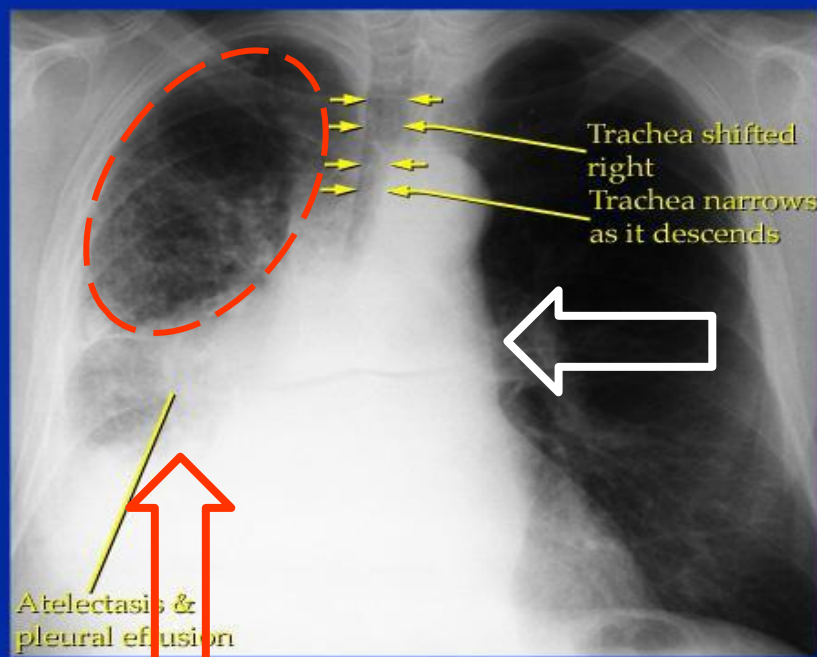
Рентгенограмма при ателектазе верхней доли правого легкого



Рентгенограмма и КТ при ателектазе

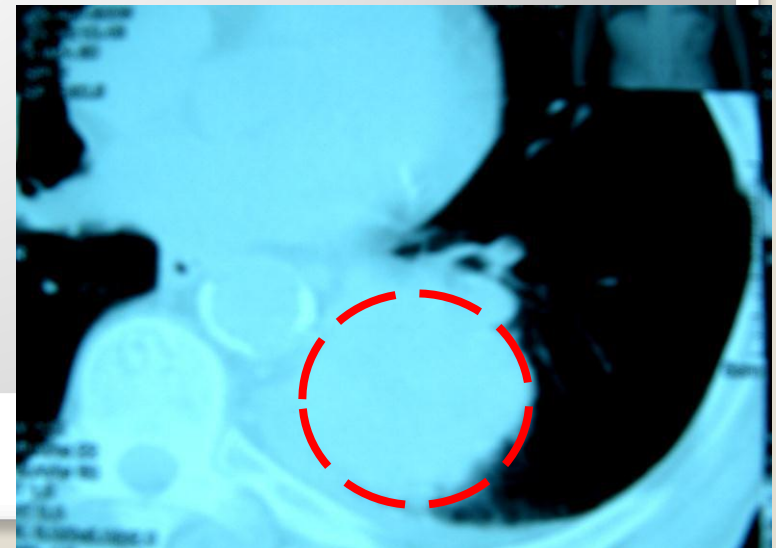
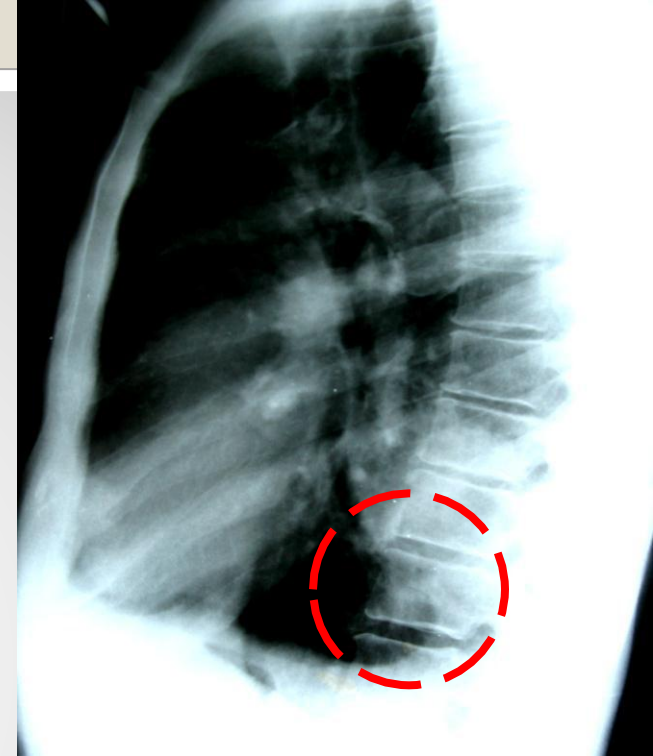
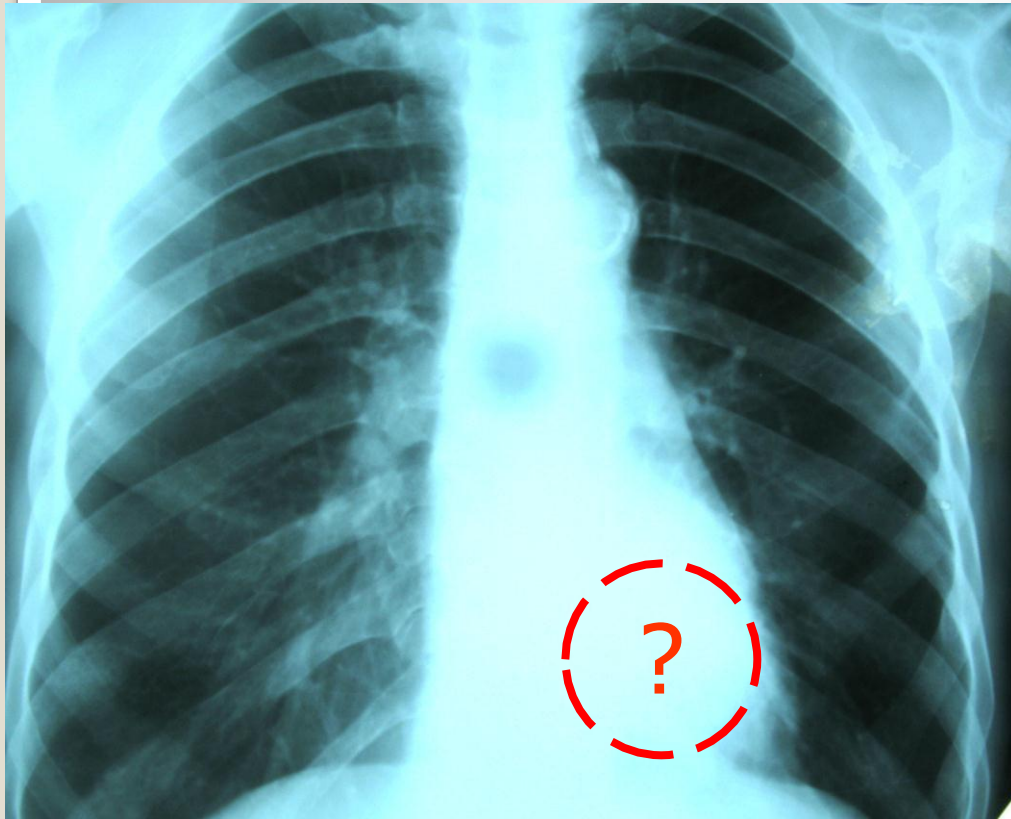
нижней доли правого легкого

УМЕНЬШЕНИЕ ОБЪЕМА ПОРАЖЕННОГО ЛЕГКОГО,
СМЕЩЕНИЕ ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ В ПОРАЖЕННУЮ
СТОРОНУ, ВЫСОКОЕ СТОЯНИЕ КУПОЛА ДИАФРАГМЫ



Рентгенодиагностика рака нижней доли левого легкого

1. Опухоль не видна на
прямой рентгенограмме, но
хорошо видна на боковом
снимке и на КТ.



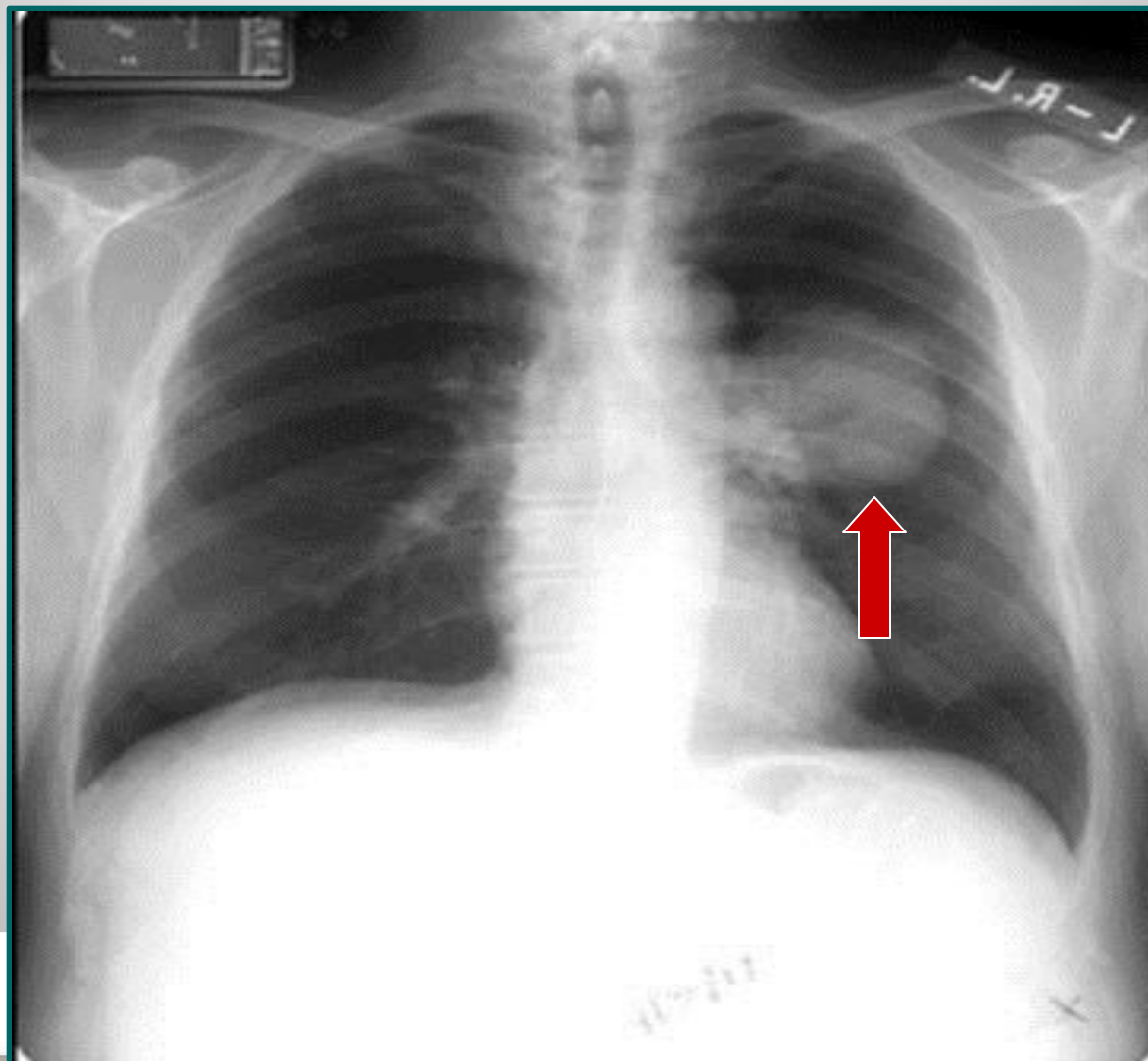
Рентгенограмма при ателектазе верхней доли слева верхней доли слева



периферического периферического рака легкого рака легкого

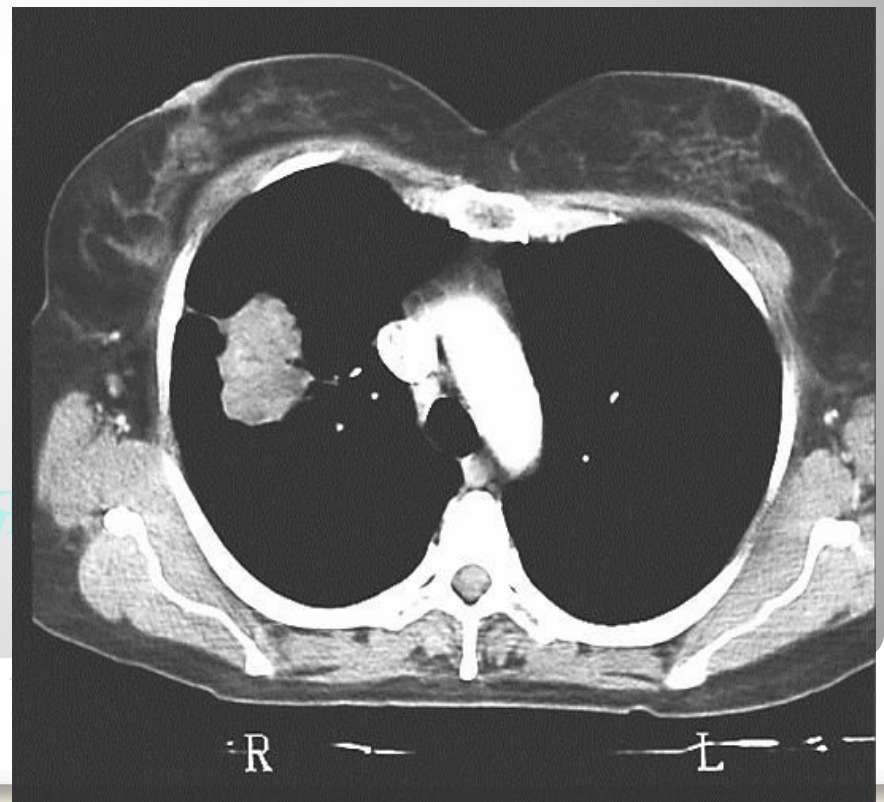
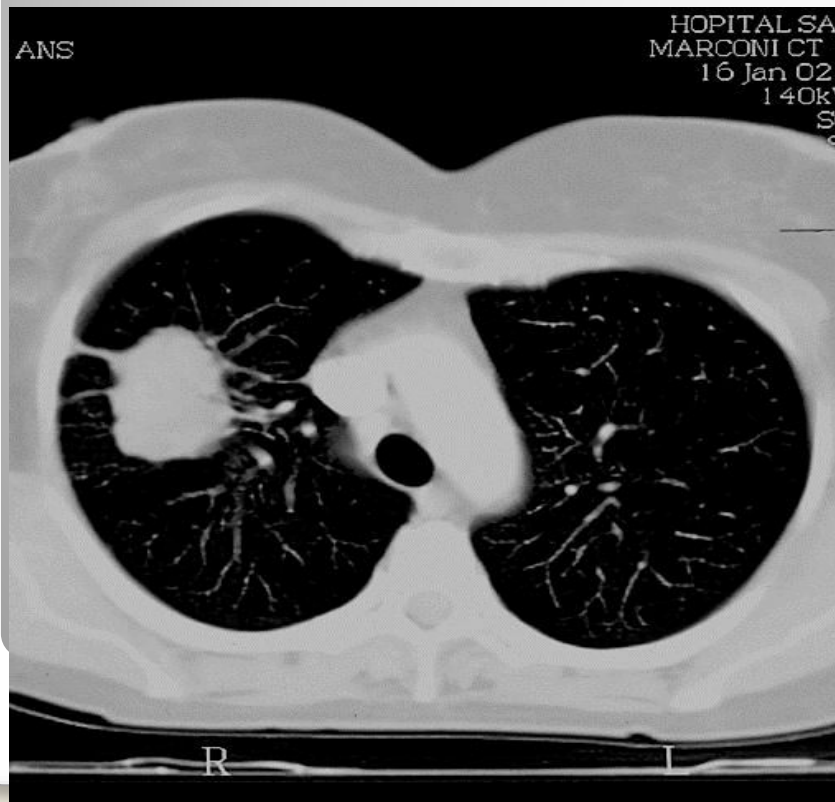
- В начальных стадиях периферический рак легкого протекает бессимптомно. Клинические проявления: кашель, кровохарканье, боли, температура – появляются при распространении опухоли на грудную стенку, диафрагму, бронхи.
- Небольшая периферическая опухоль в ранних стадиях может быть выявлена на рентгенограммах грудной клетки (обязательно в 2 проекциях) – в виде узловой тени.
- Регулярные ежегодные рентгенологические исследования органов грудной клетки позволяют своевременно диагностировать периферический рак легкого.
- При выявлении на рентгенограммах органов грудной клетки патологических изменений необходимо направить больного в онкоторакальное отделение, минуя все промежуточные этапы.

Рентгенограмма при периферическом раке легкого

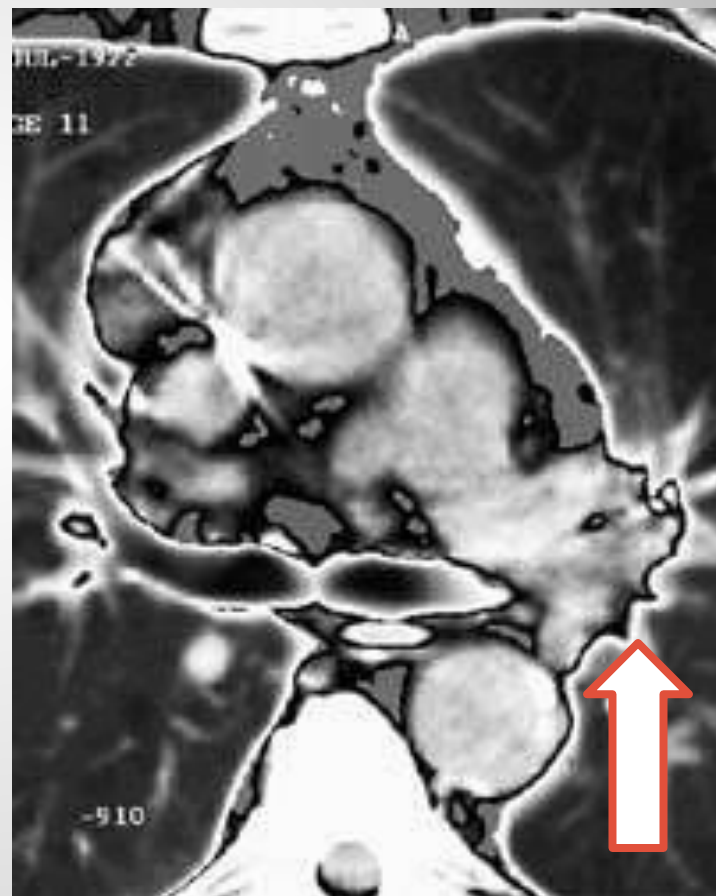


Компьютерная томография в диагностике рака легкого.

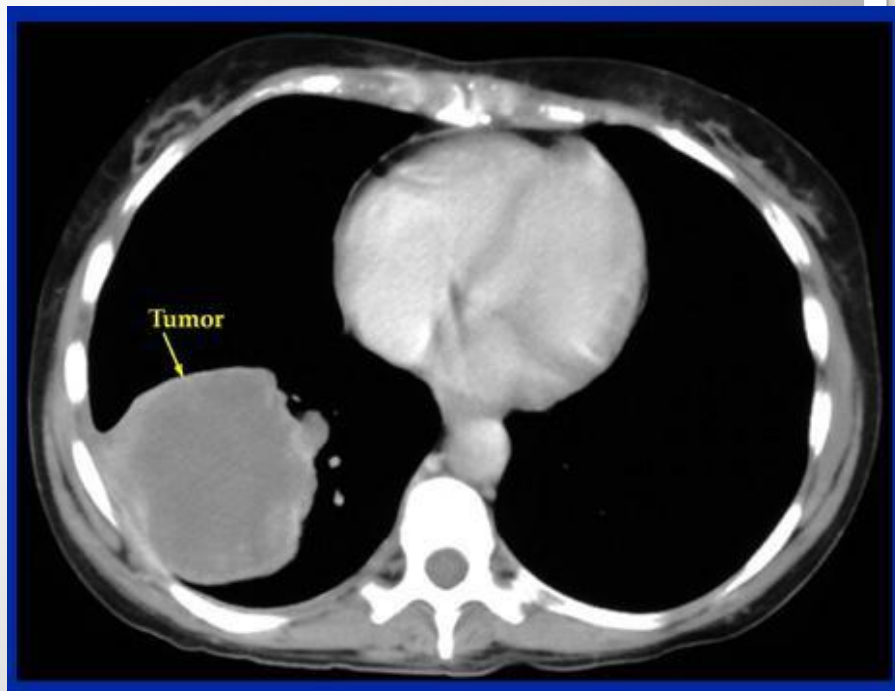
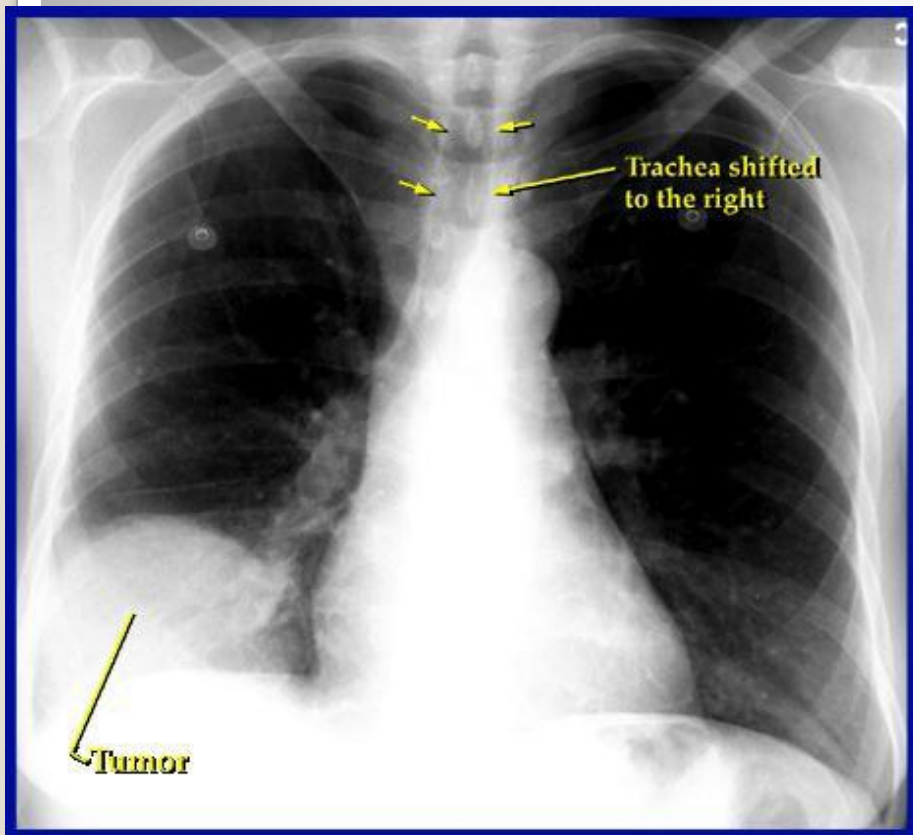
Вероятность метастатического поражения
лимфатических узлов в зависимости от их
размеров: менее 10 мм. – 11%, 10 - 19 мм. – 32%,
более 20 мм. – 51%.



Компьютерная томография в диагностике рака легкого, опухоль верхнедолевого бронха слева.

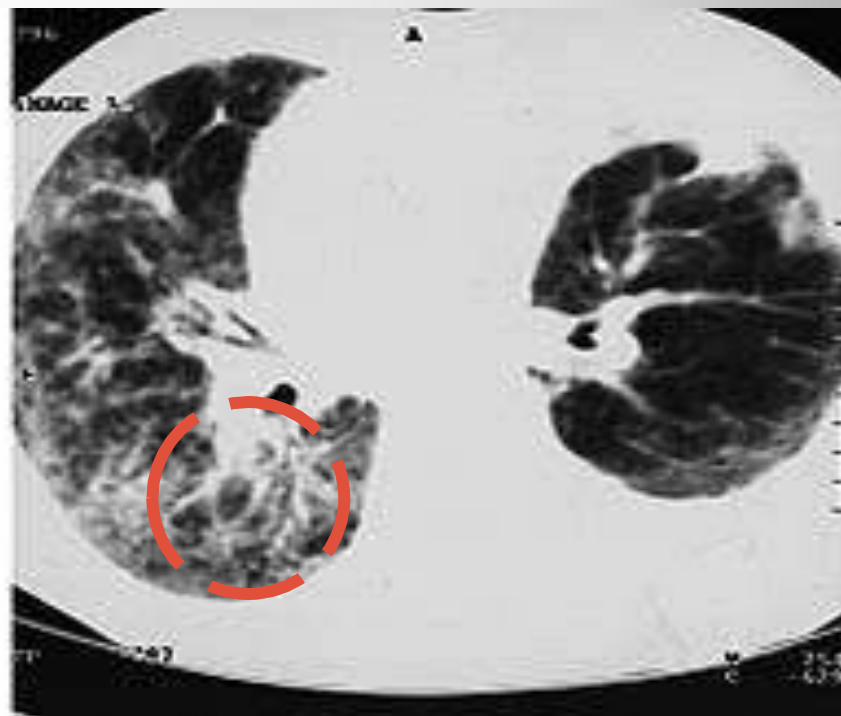


Рентгенография и компьютерная томография при периферическом раке легкого



Компьютерная томография в диагностике рака легкого

- Бронхоальвеолярная карцинома нижней доли правого легкого



ранней диагностики центрального рака легкого



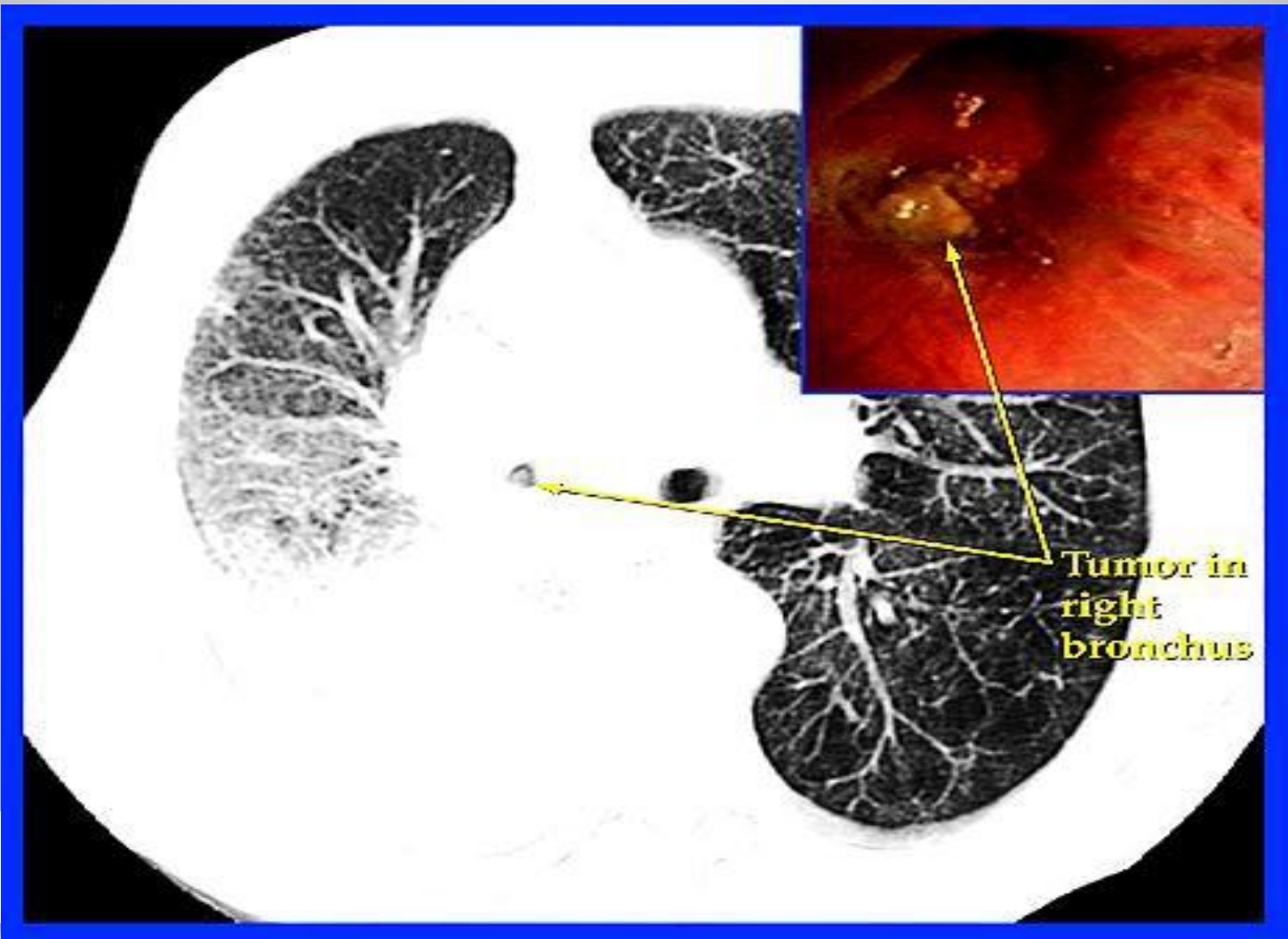
Бронхоскопия выполняется под местной анестезией 10% аэрозолем лидокаина и 1-2% раствора лидокаина. После предварительного уточнения вопроса о переносимости лидокаина выполняется анестезия носовых ходов, корня языка, глотки до появления ощущения «комка» и онемения глотки. Далее впрыскиванием лидокаина на вдохе выполняется анестезия голосовых связок и трахеи. Бронхоскоп вводится через свободный носовой ход и проводится через голосовую щель на вдохе в трахею. Далее анестезия раствором новокаина выполняется поэтапно по мере исследова-

Бронхоскопия в диагностике рака легкого

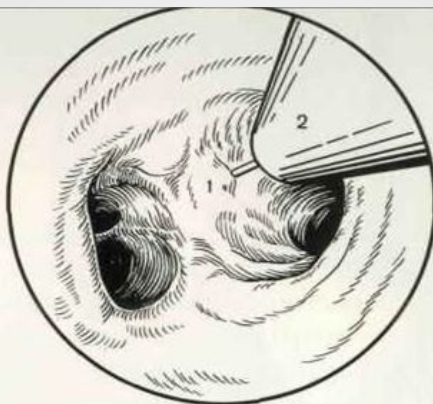
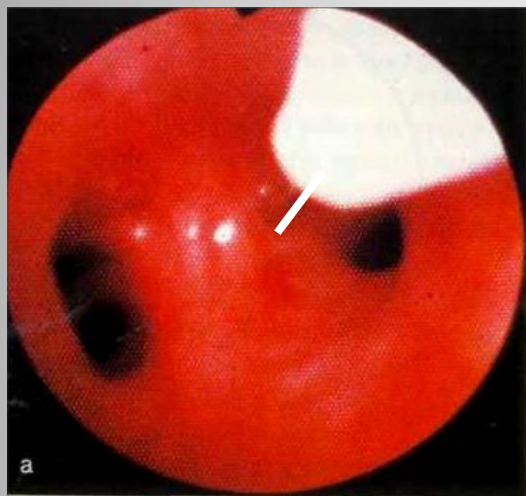


легкого

Бронхоскопия в диагностике рака легкого



Бронхоскопия в диагностике рака легкого



Трансбронхиальная
биопсия бифурка-
ционных лимфати-
ческих узлов



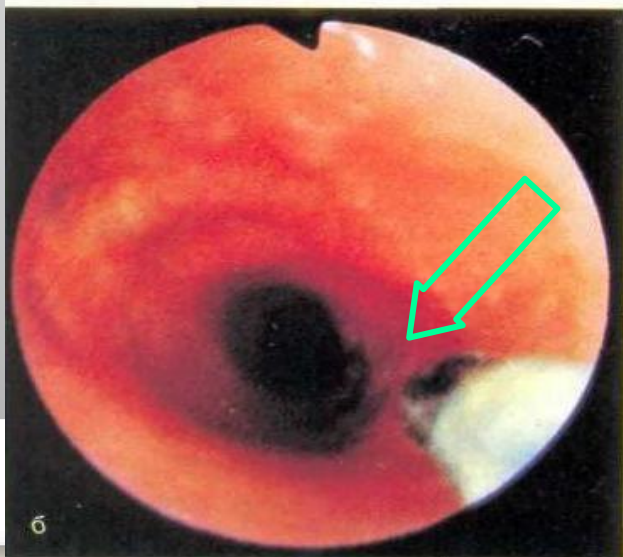
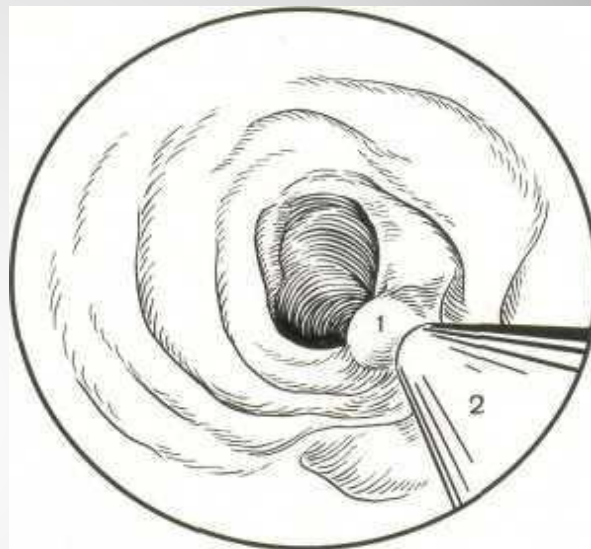
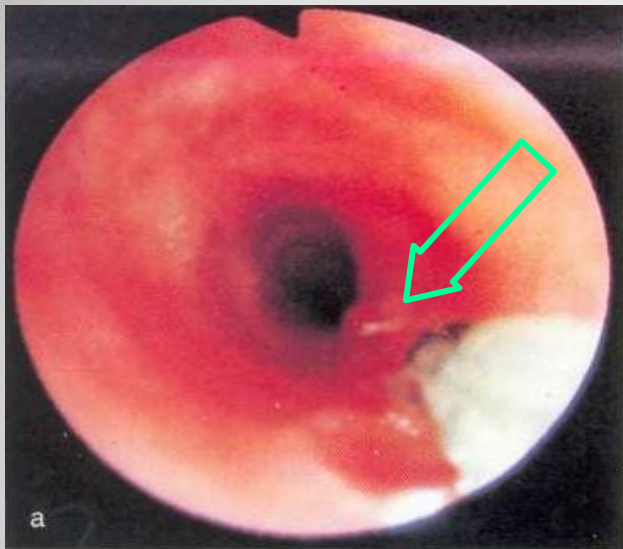
ностике рака

Бронхоскопия в диагностике рака легкого

Эндоскопическое удаление фибромы трахеи



Эндоскопическое лазерное удаление доброкачественной опухоли бронха



Эндоскопическая лазерная реканализация бронха пораженного злокачественной опухолью



Pre Laser



**Immediately
Post Laser**



**One Month
Post Laser**

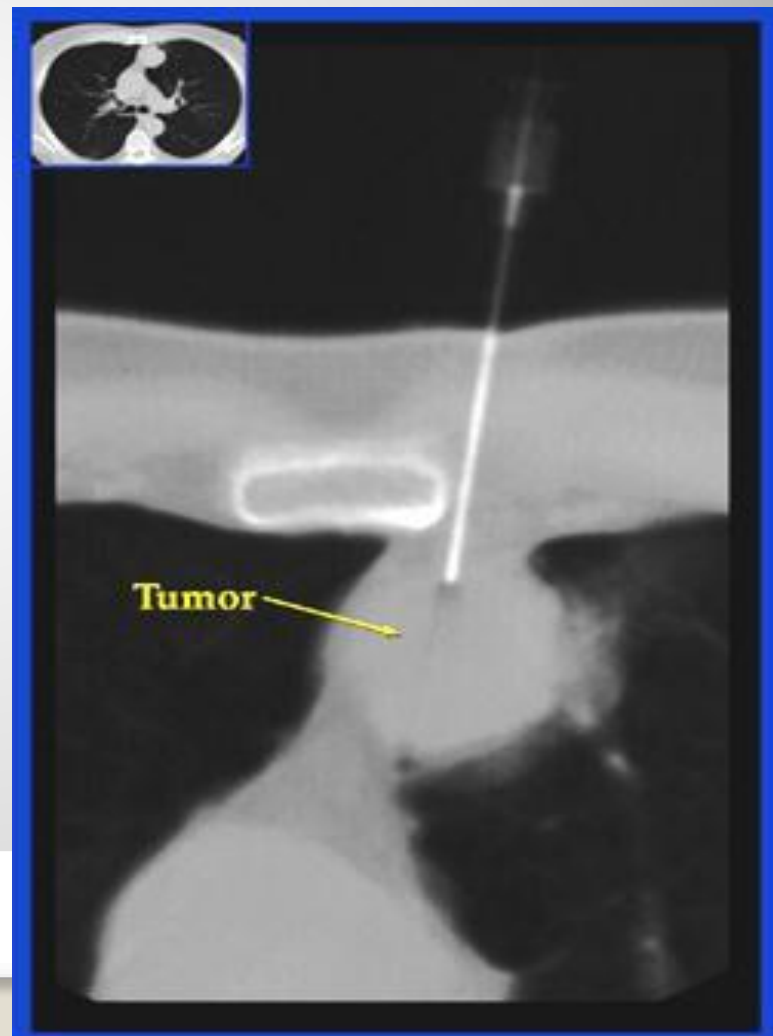
Трансбронхиальная биопсия периферической опухоли легкого



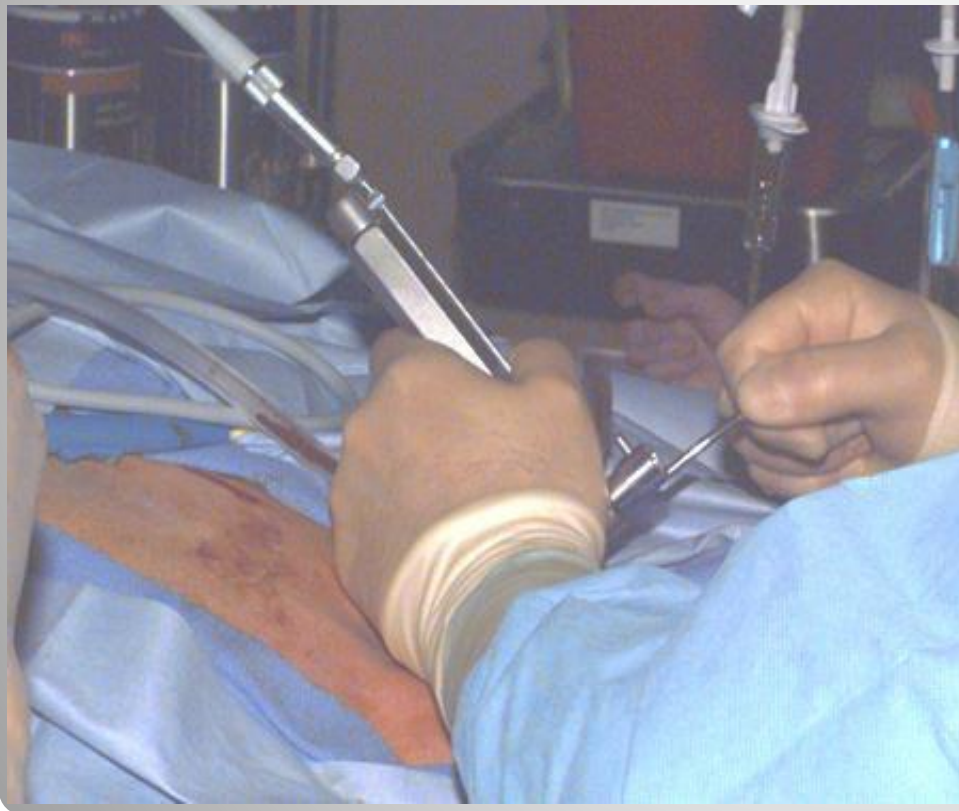
Пункционная биопсия под контролем компьютерного томографа



Трансторакальная пункционная биопсия под контролем компьютерного томографа



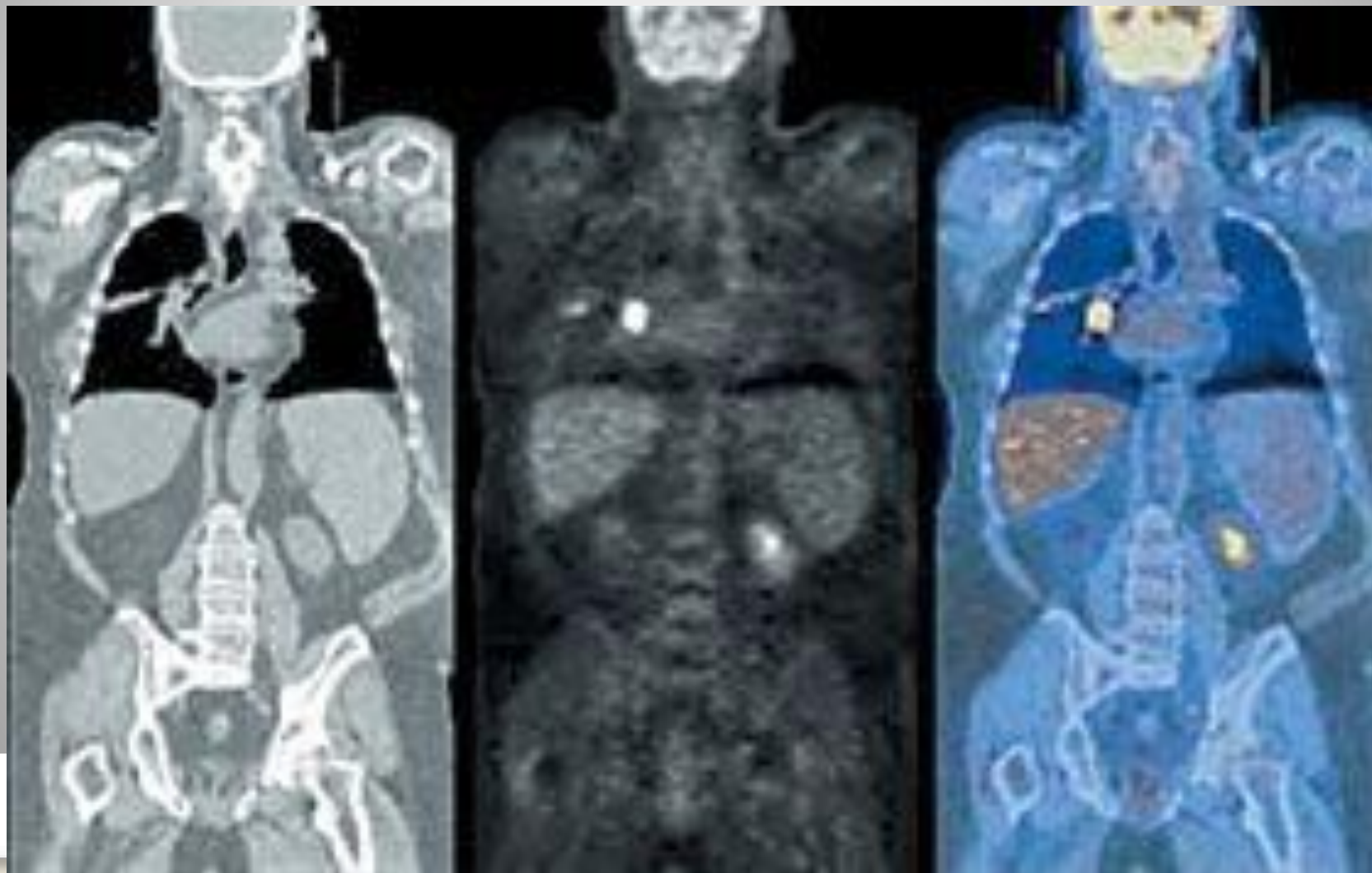
Медиастиноскопия – исследование медиастинальных лимфатических узлов



**Радиоизотопная
сцинтиграфия в
диагностике
метастатического
поражения скелета при
раке легкого**



Наиболее информативные методы диагностики рака легкого: компьютерная томография, ПЭТ-сканирование и их сочетание



Алгоритм диагностики рака легкого

Патологические изменения на рентгенограммах

Жалобы: кровохарканье, кашель, субфебрилитет, повторные и длительно протекающие «пневмонии, бронхиты и т.д.»

Рентгенография органов грудной клетки в 2 проекциях

Фибробронхоскопия с биопсией

Направление больного на консультацию в специализированное онкоторакальное отделение

Своевременная диагностика рака легкого

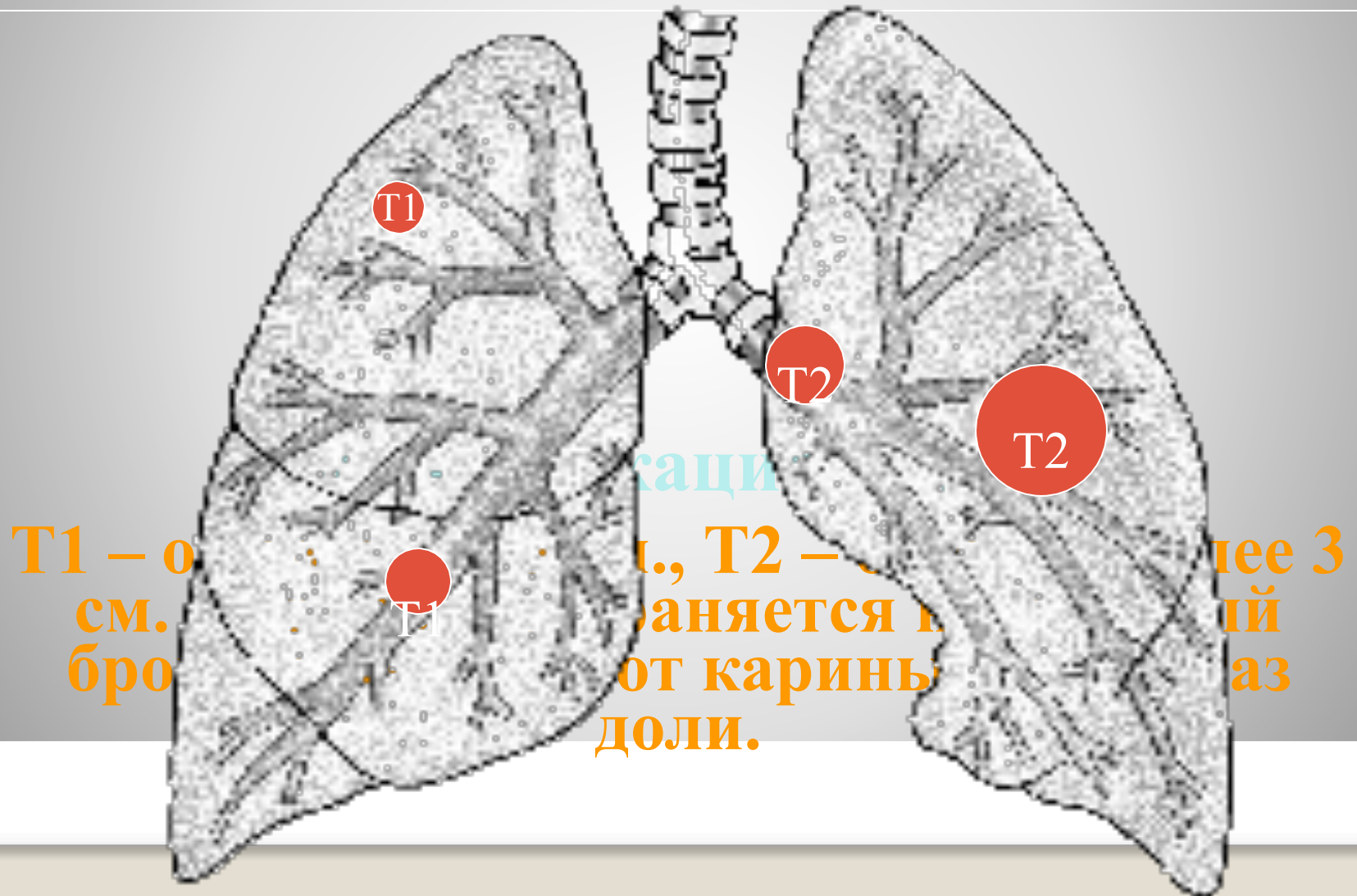
На сегодняшний день для своевременного выявления рака легкого необходимы:

- онконастороженность, при подозрении рак легкого нужно исключить в первую очередь;
- ежегодные рентгенологические исследования пациентов пожилого возраста и групп риска;
- направление больного с подозрением на рак легкого на обследование в специализированные отделения минуя все промежуточные этапы;

- эндоскопическое исследование при кровохарканье, ателентазе, длительных и повторных воспалительных заболеваниях

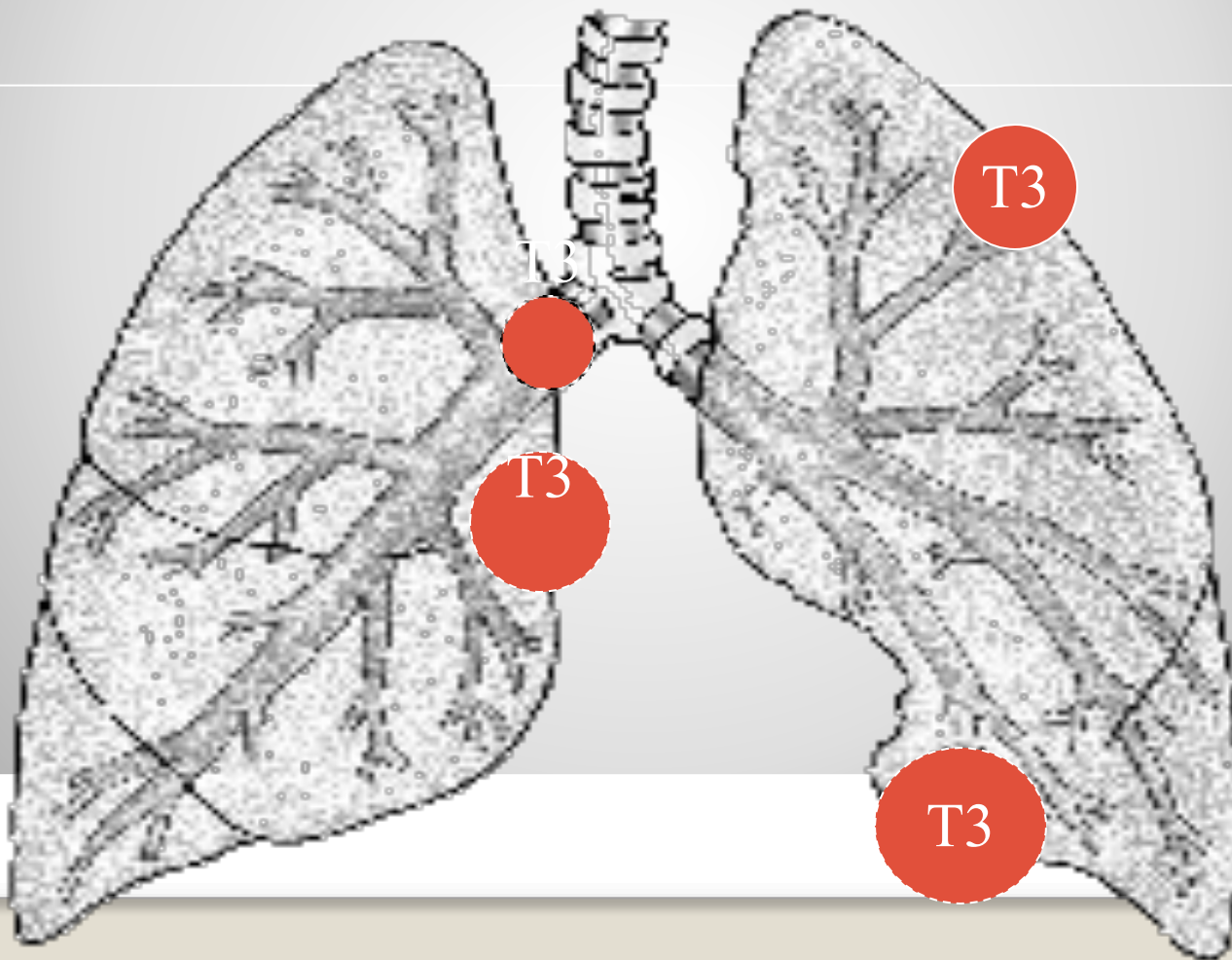
Классификация TNM.

T1 – опухоль до 3 см., T2 – опухоль более 3 см. или распространяется на главный бронх далее 2 см. от карины, ателектаз доли.



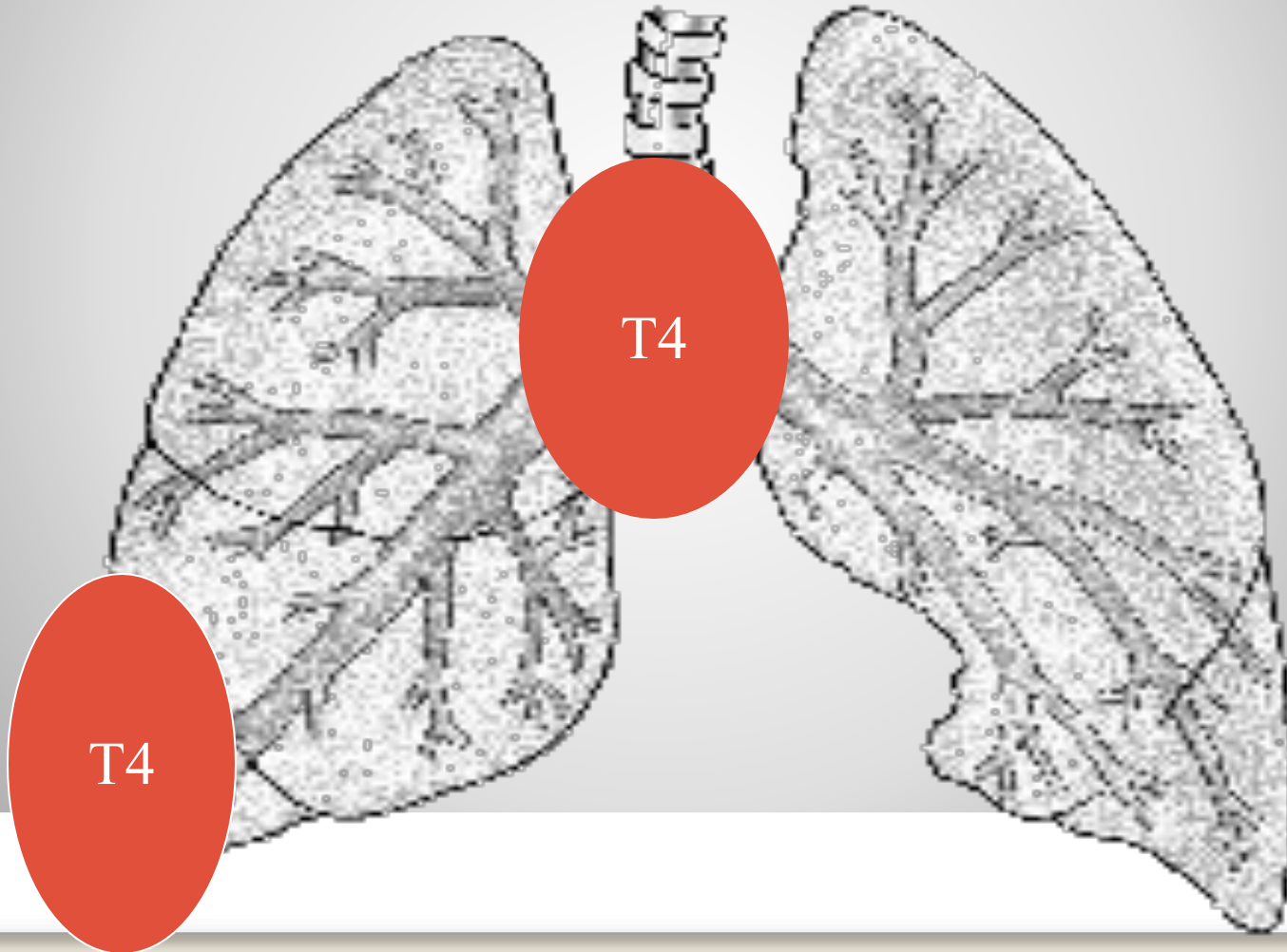
Классификация TNM.

T3 – опухоль распространяется на перикард, грудную стенку, диафрагму или главный бронх ближе 2 см. от карины, ателектаз легкого.



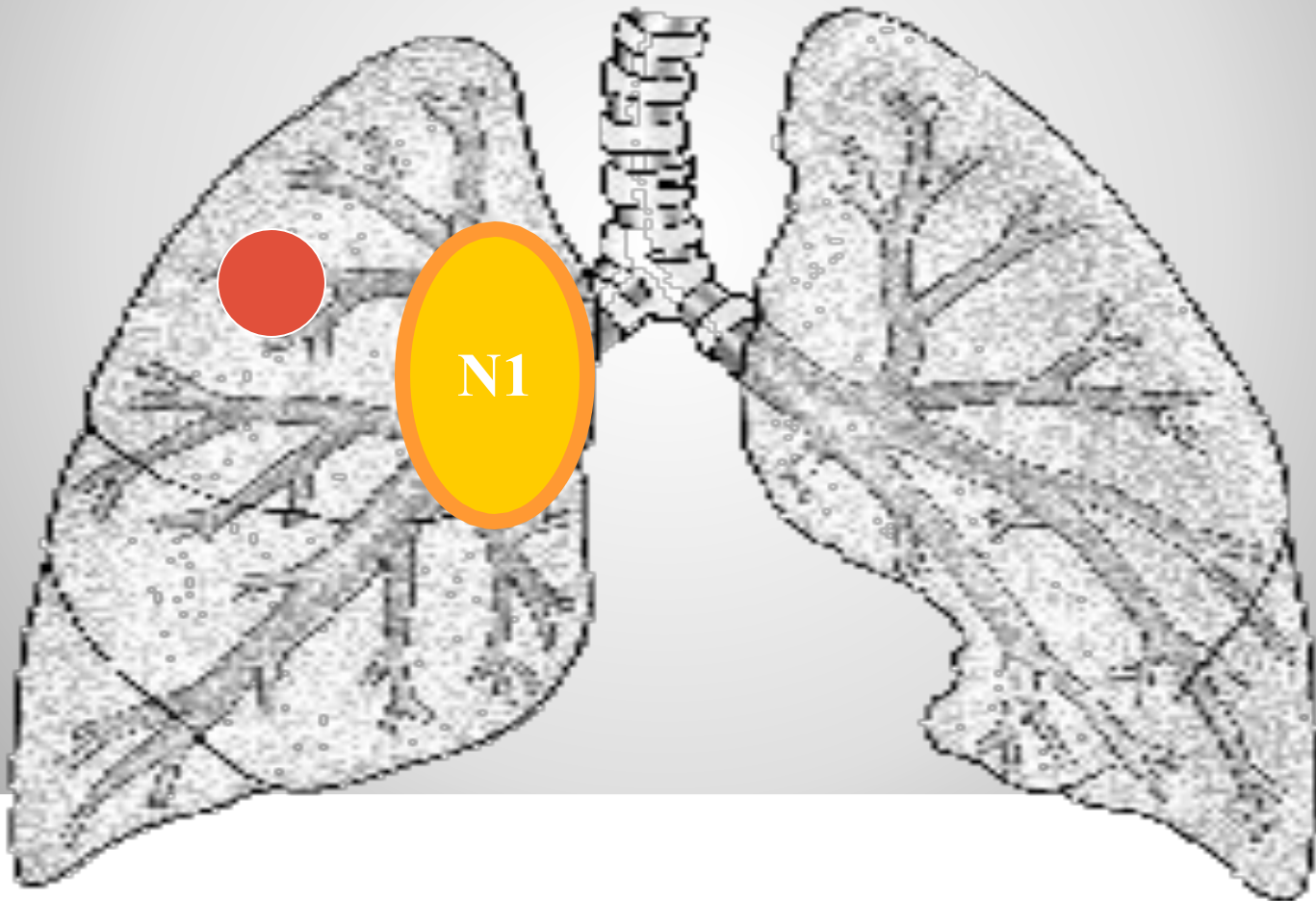
Классификация TNM.

T4 – опухоль распространяется на средостение или имеется цитологически подтвержденный плеврит



Классификация TNM.

**N1 – метастазы в ипсилатеральные
корневые (бронхопульмональные)
лимфоузлы**



Классификация TNM.

**N2 – метастазы в ипсилатеральные
медиастинальные, паратрахеальные,
бифуркационные лимфоузлы**



Классификация TNM.

N3 – метастазы в контрлатеральные или надключичные лимфоузлы



Классификация TNM

Классификация ВОЗ: стадии рака легкого

	T1	T2	T3	T4
N0	I A	I B	II B	III B
N1	II Δ	II B	III Δ	III B
N2	III Δ	III Δ	III Δ	III B
N3	III B	III B	III B	III B
M1	IV	IV	IV	IV

Стандарты лечения немелкоклеточного рака легкого I-II стадий

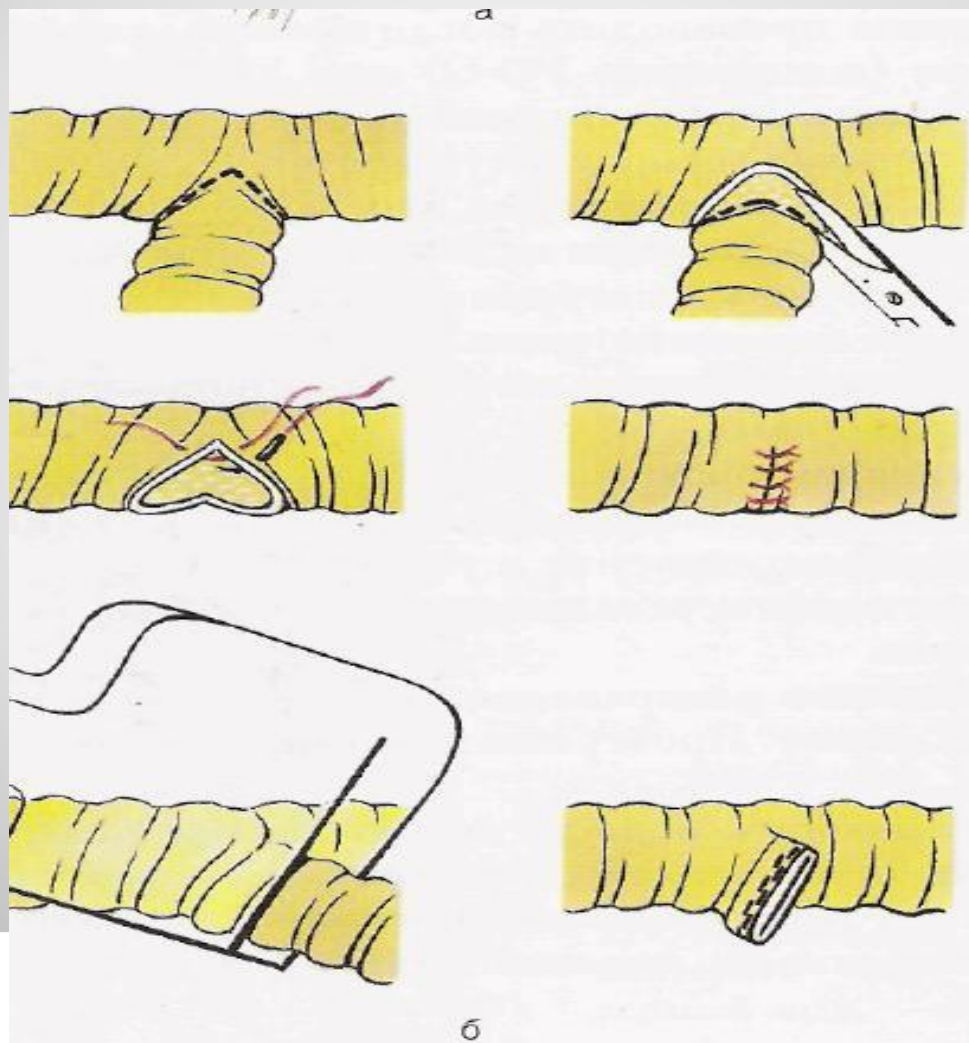
- Стадия 0 (TisN0M0) – сегментэктомия или лобэктомия, допустима физическая деструкция опухоли (лазерная, криогенная, термическая), возможна брахитерапия.

- Стадия IA – IB (T1 - 2N0M0) – радикальная лобэктомия, пневмонэктомии или бронхопластическая операция. Уменьшение объема операции и лимфодиссекции не оправдано, так как у 30% больных выявляются метастазы в регионарные лимфоузлы.

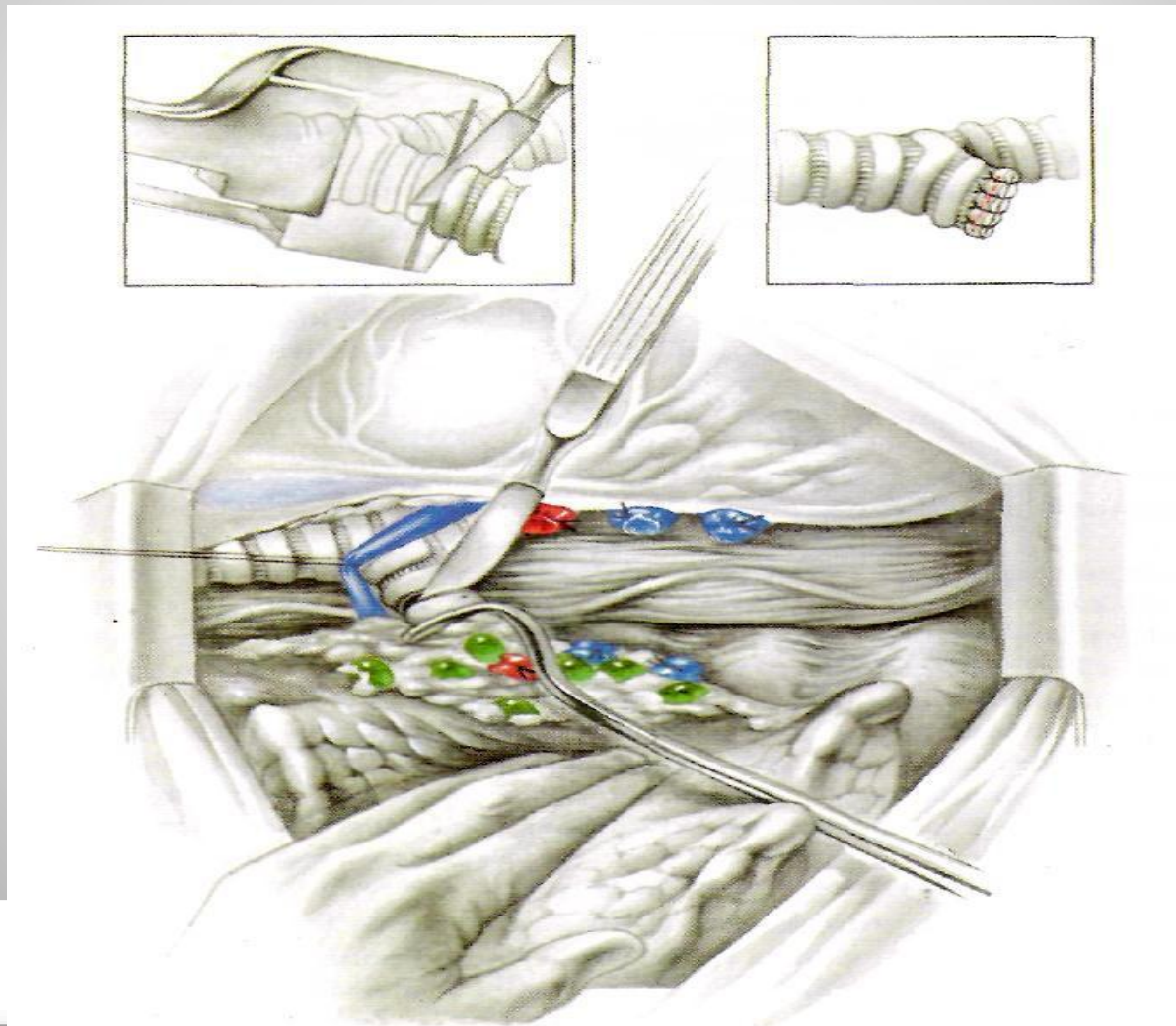
- Стадия IIA – IIB (T1 - 2N1M0, T3N0M0) – лобэктомия, пневмонэктомия или бронхопластическая операция с лимфодиссекцией. При N+ и недифференцированном раке - адъювантная химио-лучевая терапия.

- Лучевая терапия применяется при наличии противопоказаний хирургическому лечению, при отказе больного от операций, после паллиативных операций.

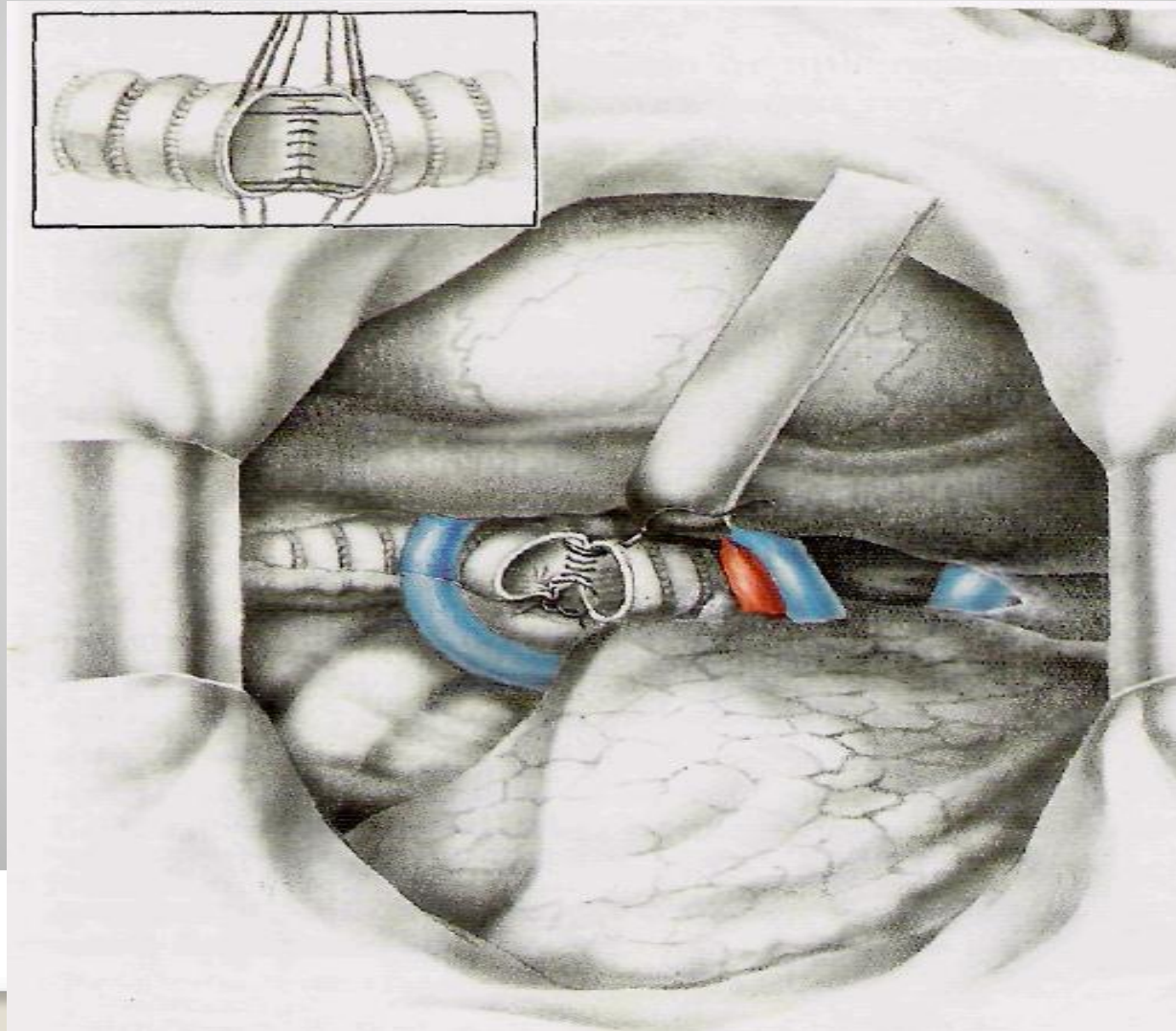
Варианты резекции верхнедолевого бронха: клиновидное иссечение с ручным швом, аппаратная резекция.



Методика обработки правого главного бронха при пневмонэктомии



Формирование межбронхиального анастомоза при бронхопластической верхней лобэктомии справа с циркулярной резекцией главного и промежуточного бронхов



Стандарты лечения немелкоклеточного рака легкого IIIA стадий

- Стадия IIIA (T1-2 N2M0, T3N1-2M0) – предоперационная (индукционная) полихимиотерапия, затем хирургическое вмешательство в объеме лобэктомии или пневмонэктомии с расширенной медиастинальной лимфодиссекцией, оправдано применение расширенных и комбинированных операций, после операции адьювантная химио – лучевая терапия.

Верификация лимфогенных метастазов - N2?

- Неoadьювантная химио – лучевая терапия?.
- Объем лимфодиссекции?.
- Выполнение органосохраняющих ангиобронхопластических операций (уровень резекция бронха)?.

Современные методы консервативного лечения немелкоклеточного рака легкого

Стадии IIIB - IV (T1-4 N3M0, T1-4N1-3M1) – при распространенном раке легкого химиотерапия или химио-лучевое лечение дают возможность контролировать развитие симптомов, поддерживать качество жизни и улучшить выживаемость больных.

Наиболее эффективные схемы химиотерапии: цисплатин(карбоплатин) + гемцитабин, цисплатин, цисплатин + этопозид, цисплатин + гемцитабин + паклитаксел.

Эффективность химиотерапии - (полный, частичный эффект + стабилизация) – 20 – 30%, наиболее современные триплеты – до 60%.

Таргетные препараты(авастин, тарцева) – повышают эффективность химиотерапии до 36%

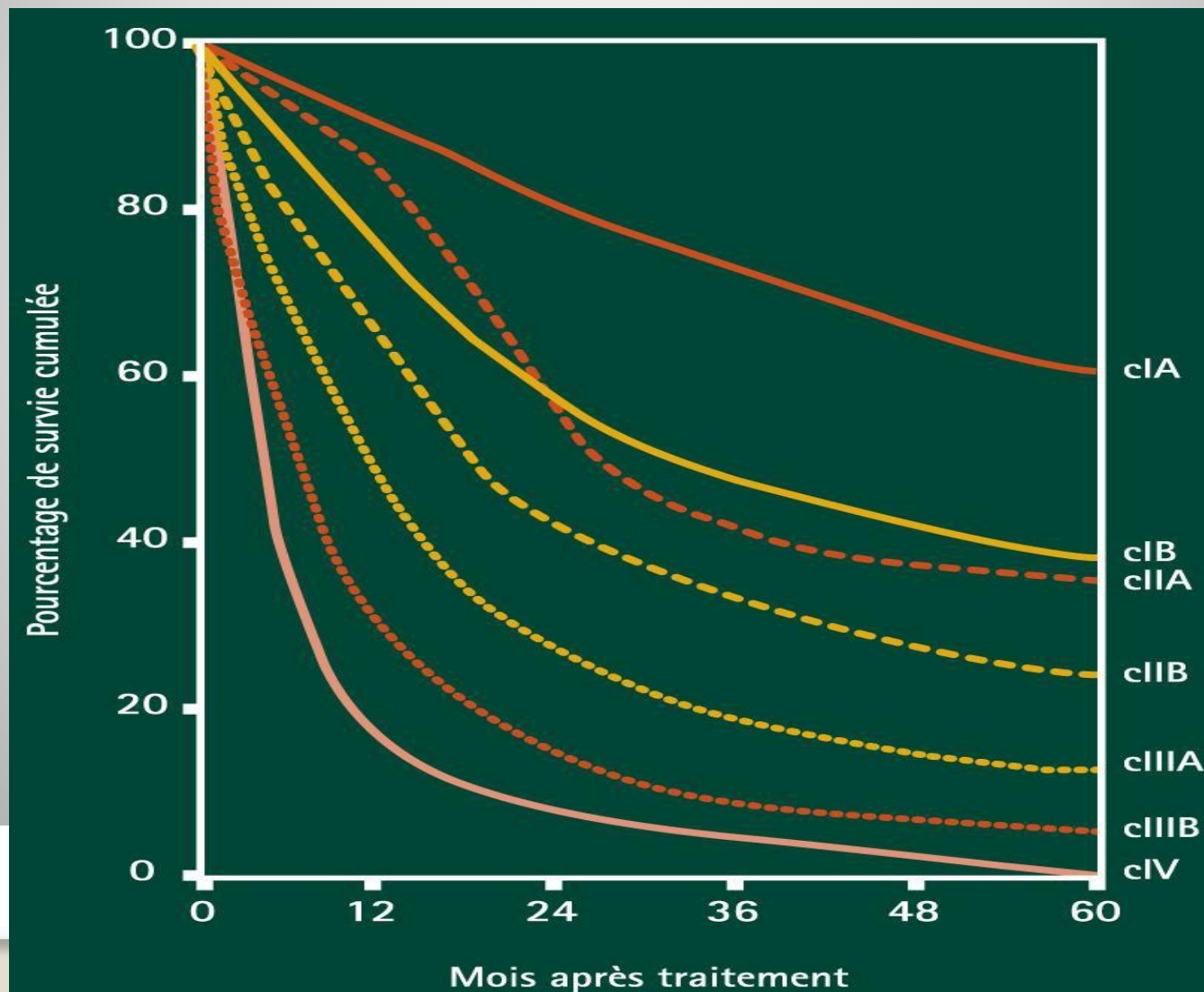
Стентирование трахеи



Эффективность лечения немелкоклеточного рака легкого

Стадии	Наличие лимфогенных метастазов	5-летняя выживаемость	Количество пациентов
I стадия T1-2N0M0	10 – 16%	65%	24,0%
II стадия T1-2N1M0 T3N0M0	30 – 40%	40%	
IIIA стадия T1-3N1-2M0 T4N1M0	70 – 80%	19%	76,0%
III B- IV стадии	80-90%	5%	

Выживаемость больных раком легкого в зависимости от стадии заболевания



Пути решения проблемы рака легкого

Профилактика: борьба с курением - снижение заболеваемости на 30% (на 5-6 тыс. случаев в год) через 20-30 лет.

Ранняя диагностика: - ежегодное рентгенисследование органов грудной клетки всем пациентам старше 50 лет; регулярное эндоскопическое исследование пациентов групп риска, пациентов с кровохарканьем, повторными и длительно протекающими воспалительными заболеваниями легких - увеличение выявляемости рака в ранних и локальных стадиях до 50% (на 4-5 тыс. ежегодно).

Лечение - внедрение системной лимфодиссекции; неoadъювантная химио - лучевая терапии в стадиях N+; совершенствование методов химио-лучевого лечения - улучшение выживаемости оперированных больных.