

злокачественное новообразование предстательной железы по данным пальцевого ректального обследования пациентам необходимо выполнить исследование крови на ПСА, трансректальное ультразвуковое исследование и биопсию предстательной железы.

#### Литература

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И. Показатели состояния онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2003 г. // *Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г.* / под ред. М.И. Давыдова. М.: РОНЦ, 2005. С. 1–209.
2. Алгоритмы объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований: методич. указания / Старинский В.В., Попова А.А., Ковалев Б.Н., Зотов В.К. / под ред. В.И. Чиссова. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2002. 912 с.
3. Алексеев Б.Я., Русаков И.Г. Лечение локализованного рака предстательной железы. Выбор тактики, результаты лечения // *Совр. возможности и новые направления в диагностике и лечении рака почек, мочевого пузыря и предстательной железы: мат. Всерос. научно-практ. конф. Уфа, 2001.* С. 18–23.
4. Велиев Е.И., Петров С.Б. Рак предстательной железы: диагностика и результаты хирургического лечения локализованных и местнораспространенных форм // *Рус. мед. журн.* 2001. № 13. С. 564–567.
5. Воробьев, А. В. Скрининг мужского населения, стандартное обследование, классификация рака предстательной железы // *Практическая онкология.* 2001. № 2 (6). С. 8–16.
6. Гурина Л. И. Эпидемиологические особенности рака предстательной железы в регионе Сибири и Дальнего Востока. Оптимизация ранней диагностики и тактики лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2004. 34 с.
7. Коган М.И., Якимчук Т.П., Шишков А.В. и др. Сравнительный анализ диагностических методов при первичном обследовании больных раком простаты // *Урология и нефрология.* 1999. № 3. С. 38–41.
8. Клиническая онкоурология / Матвеев Б.П., Давыдов М.И., Карякин О.Б. и др. М.: Вердана, 2003. 717 с.
9. Простатит / П.А. Щеплев, Л.С. Страчунский, В.В. Рафальский и др. – М.: Медпрактика-М, 2005. – 224 с.
10. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2009 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2011. 259 с.

11. Jeffrey K., Brian P., David L. et al. Transrectal ultrasonic and biopsy in the early diagnosis of prostate cancer. *Control cancer // JMCC.* 2001. Vol. 8, No. 2. P. 141–150.
12. Pederson K.V., Carlsson P., Varenhorst E. Screening for carcinoma of the prostate by digital rectal examination in a randomly selected population // *BMJ.* 1990. No. 300. P. 1041–1044.
13. Speakman M.J., Kirby R.S., Joyce A. et al. Guideline for the primary care management of male lower urinary tract symptoms // *Br. J. Urol. Int.* 2004. Vol. 93, No. 7. P. 985–990.
14. Svetec D., Thompson M. PSA screening – current controversy // *Ann. Oncol.* 1998. Vol. 19, No. 12. P. 1283–1288.
15. Weinrich S.P., Weinrich M., Mettlin C. et al. Urinary symptoms as a predictor for participation in prostate cancer screening among // *Afr. Amer. men. Prostate.* 1998. Vol. 37, No. 4. P. 215–222.

Поступила в редакцию 01.02.2011.

#### COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF DIAGNOSTIC RELEVANCE OF EXAMINATION METHODS FOR PATIENTS WITH PROBABLE MALIGNANT NEOPLASMS IN PROSTATE GLAND

G.N. Alekseeva<sup>1</sup>, L.I. Gurina<sup>2</sup>, L.F. Pisareva<sup>3</sup>, V.E. Rozner<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Municipal Clinical Hospital No. 2 (57 Russkaya St. Vladivostok 690105 Russia), <sup>2</sup>Primorsky Regional Oncological Dispensary (59 Russkaya St. Vladivostok 690105 Russia), <sup>3</sup>Research Institute of Oncology of the Siberian Branch of Russian Academy of Sciences (5 Kooperativny Al. Tomsk 634009 Russia), <sup>4</sup>Municipal Hospital No. 2 (5 Kulturnaya St. Komsomolsk-na-Amure 681000 Russia)  
 Summary – The authors analysed 1110 follow-ups and studied diagnostic relevance of examination methods if there was a reason to suspect prostate cancer. The prostatic specific antigen was the most sensitive method used to detect prostate cancer. The transrectal ultrasonic study of the organ was very important to specify diagnosis. The finger rectal examination is easy, non-invasive and simple method applied during pre-assessment. If there is a suspicion of malignant tumours of prostate, after finger rectal examination, the authors recommend conducting tests for prostatic specific antigen in blood, transrectal ultrasonic study and organ biopsy.

**Key words:** prostate, hyperplasia, cancer, diagnostics.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 48–50.

УДК 616.33-006.6-089.17

## ФАКТОРЫ РИСКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

М.С. Айталиев, С.М. Доолотбеков, Н.В. Зеленко, В.Р. Решетин

Национальный центр онкологии Республики Кыргызстан (720064 г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92)

**Ключевые слова:** желудок, рак, хирургическое вмешательство, фактор риска.

Обобщены результаты 454 операций по поводу рака проксимального отдела желудка. Наибольшее число осложнений и наиболее высокая летальность зарегистрированы после расширенных и расширенных комбинированных резекций желудка. Количество осложнений значимо увеличивалось в старших возрастных группах, особенно при наличии тяжелой сопутствующей сердечно-легочной патологии.

Возраст больного и объем оперативного вмешательства единодушно признаются как главные факторы операционного риска при раке желудка [1, 2, 7]. Возраст определяет частоту и тяжесть сопутствующих

заболеваний, среди которых преобладает патология легких и сердечно-сосудистой системы, ухудшающая функциональные показатели организма. Кроме того, опухоль верхней трети желудка часто распространяется на пищевод, что приводит в большинстве случаев к дисфагии [6]. Последняя усугубляет нарушения питания, отягощая расстройства белкового, водно-солевого обмена и другие метаболические нарушения. Осложнения со стороны первичной опухоли – распад, кровотечение, перфорация – также значительно отягощают состояние больного. Вместе с операционной травмой вышеперечисленные факторы влияют на частоту и тяжесть послеоперационных осложнений [2, 5–7].

Айталиев Мухтар Суеркулович – канд. мед. наук, врач отделения детской онкологии и гематологии НЦО РК; e-mail: nco\_kg@mail.ru

О травматичности вмешательств выполненных из левостороннего абдоминалоторакального доступа и тяжести сопутствующих заболеваний у оперированных по поводу рака проксимального отдела желудка косвенным образом свидетельствует и то, что 25–38 % из них в ближайшие часы после операции проводилась искусственная вентиляция легких [2, 3, 6]. Поэтому актуально уточнение показаний к подобным оперативным доступам [4, 8].

Цель исследования: дать оценку функциональной операбельности для выбора адекватного метода лечения при раке проксимального отдела желудка и выявления категории больных с повышенным риском послеоперационных осложнений.

**Материал и методы.** В клиниках абдоминальной и торакальной онкологии НЦО РК за 1985–2001 гг. было выполнено 454 операции различного объема по поводу рака проксимального отдела желудка. Проксимальная субтотальная резекция желудка с резекцией пищевода среди них составила 33,2 % (151 случай), гастрэктомии выполнены 65,2 % больных (296 случаев). Стандартные резекции проведены 254 (55,9 %), расширенные – 72 (15,8 %), комбинированные – 64 (14,1 %) и расширенно-комбинированные – 64 (14,1 %) пациентам. В 210 наблюдениях (46,2 %) резекции выполнены чрезбрюшинным доступом, а 237 пациентам (52,2 %) потребовался левосторонний абдоминалоторакальный доступ. В 7 наблюдениях (1,5 %) с преимущественной локализацией опухоли в пищеводе возникла необходимость в операции типа Льюиса из лапаротомного и торакотомного доступов справа в сочетании с боковой круротомией.

Средний возраст оперированных составил 56,6 года. Более половины пациентов (51,7 %) были старше 60 лет, примерно треть (37,4 %) вошли в возрастную группу от 45 и до 60 лет, и лишь 10,7 % больных были младше 45 лет.

Функциональная операбельность изучалась на основе анализа непосредственных результатов в зависимости от возраста, наличия сопутствующей патологии, наличия и степени дисфагии, объема резекций, характера оперативного доступа, объема резекции внутренних органов [7]. При наличии декомпенсированного нарушения кровообращения и дыхательной недостаточности трудностей в определении противопоказаний к операции не было. К наиболее серьезным факторам риска относили перенесенный в течение предыдущих 6 месяцев инфаркт миокарда, комбинированные пороки сердца, болезни щитовидной железы (тиреотоксический зоб), недостаточность функции надпочечников, гипертоническую болезнь, сахарный диабет и дыхательную недостаточность. Не возникало сложностей и при определении лабораторным путем скрытой почечной или печеночной недостаточности. Среди лиц с эндокринной патологией кроме сахарного диабета зарегистрирован 1 случай аддисоновой болезни.

Комплексное обследование позволило у 144 больных (58,5 %) выявить различные терапевтические

Таблица 1

Основные параметры и непосредственные результаты хирургических вмешательств при раке проксимального отдела желудка

| Операция                    | Кол-во больных, абс. | Частота осложнений, % | Летальность, % |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| Стандартная                 | 245                  | 27,5±2,8              | 11,0±1,9       |
| Расширенная                 | 72                   | 43,0±5,8              | 19,4±4,7       |
| Расширенная комбинированная | 64                   | 40,6±6,1              | 12,5±4,1       |
| Комбинированная             | 64                   | 25,0±5,4              | 6,2±3,0        |
| Всего:                      | 454                  | 31,5±2,1              | 11,8±1,5       |

Таблица 2

Влияние хирургического доступа на частоту послеоперационных осложнений и летальность у больных раком проксимального отдела желудка

| Доступ* | Кол-во больных |       | Частота осложнений |           | Летальность |           |
|---------|----------------|-------|--------------------|-----------|-------------|-----------|
|         | абс.           | %     | абс.               | %         | абс.        | %         |
| ЧБ      | 210            | 46,2  | 46                 | 22,0±2,8  | 19          | 9,0±1,9   |
| ЛТ      | 237            | 52,2  | 94                 | 39,6±3,1  | 32          | 13,5±2,2  |
| ЛТ+ПТ   | 7              | 1,5   | 4                  | 57,1±20,1 | 3           | 42,8±20,2 |
| Всего:  | 454            | 100,0 | 144                | 31,7±2,9  | 54          | 11,8±1,5  |

\* ЧБ – чрезбрюшинный, ЛТ – левосторонний торакоабдоминальный, ЛТ+ПТ – левосторонний торакоабдоминальный, дополненный правосторонней торакотомией.

заболевания. Абсолютное большинство лиц с сопутствующими заболеваниями (75,4 %) были в возрасте от 55 до 70 лет.

**Результаты исследования.** Расширенные и расширенные комбинированные резекции являются наиболее травматичными и опасными из всех операций, выполняемых по поводу рака проксимального отдела желудка. Летальность после этих вмешательств на нашем материале оказалась наиболее высокой (табл. 1).

Вид оперативного доступа, количество разрезов, их локализация и протяженность также оказывали существенное влияние на непосредственные результаты лечения. Резекции, выполненные из верхнесрединной лапаротомии, сопровождалась послеоперационными осложнениями реже всего, то после операций, выполненных их трех доступов, эти показатели оказались наихудшими (табл. 2). Анализ показал, что общее число осложнений после операций по поводу рака проксимального отдела желудка остается довольно высоким в основном за счет травматичности торакоабдоминального вмешательства, особенно у лиц пожилого возраста с сопутствующей сердечнолегочной патологией.

Наличие и количество сопутствующих заболеваний следует признать важным показателем функциональной операбельности, который не может не влиять на непосредственные результаты лечения больных раком проксимального отдела желудка [7, 9]. На нашем материале количество сопутствующих заболеваний

Таблица 3

Непосредственные результаты хирургических вмешательств в зависимости от наличия и количества сопутствующих заболеваний

| Наличие и кол-во сопутствующих заболеваний | Кол-во больных | Непосредственные результаты |          |                       |          |
|--------------------------------------------|----------------|-----------------------------|----------|-----------------------|----------|
|                                            |                | с осложнениями              |          | с летальными исходами |          |
|                                            |                | абс.                        | %        | абс.                  | %        |
| Нет                                        | 181            | 62                          | 34,2±3,5 | 26                    | 14,3±2,6 |
| Есть                                       | 273            | 82                          | 30,0±2,7 | 28                    | 10,2±1,8 |
| в т.ч. одно                                | 71             | 23                          | 32,4±5,5 | 6                     | 8,4±3,3  |
| в т.ч. два                                 | 71             | 18                          | 25,3±5,2 | 9                     | 12,6±3,9 |
| в т.ч. три и более                         | 131            | 41                          | 31,3±4,0 | 13                    | 9,9±2,6  |
| Всего:                                     | 454            | 144                         | 31,7±2,1 | 54                    | 11,8±1,5 |

Таблица 4

Непосредственные результаты хирургических вмешательств у больных раком проксимального отдела желудка в зависимости от возраста

| Возраст, лет | Кол-во больных |       | Непосредственные результаты |          |                       |          |
|--------------|----------------|-------|-----------------------------|----------|-----------------------|----------|
|              |                |       | с осложнениями              |          | с летальными исходами |          |
|              | абс.           | %     | абс.                        | %        | абс.                  | %        |
| До 45        | 49             | 10,7  | 11                          | 22,4±6,0 | 2                     | 4,0±2,8  |
| 45–60        | 170            | 37,4  | 49                          | 28,8±3,4 | 19                    | 12,3±2,4 |
| 60 и более   | 235            | 51,7  | 84                          | 35,7±3,1 | 33                    | 14,0±2,2 |
| Всего:       | 454            | 100,0 | 144                         | 31,7±2,1 | 54                    | 11,8±1,9 |

оказывало выраженное влияние на непосредственные результаты хирургических вмешательств, особенно при наличии двух и более нозологий у одного больного (табл. 3). Количество послеоперационных осложнений и летальность также были выше среди больных старших возрастных групп (табл. 4).

**Обсуждение полученных данных.** Главенствующими факторами, определяющими непосредственный исход операции при раке проксимального отдела желудка, являются тяжесть состояния больного и распространенность опухолевого процесса, определяющая объем и травматичность вмешательства. Преклонный возраст сам по себе не служит причиной послеоперационных осложнений, здесь значимым фактором является наличие сопутствующих заболеваний, недооценка которых приводит к ухудшению непосредственных результатов лечения [10, 11].

Как показал наш опыт, несовершенство методов функциональной диагностики и практически полное отсутствие социальной защищенности у значительного большинства пациентов вносит элементы субъективизма в оценку степени переносимости хирургического вмешательства. В этом вопросе до настоящего времени главенствующим является мнение оперирующего хирурга, основанное на многолетнем опыте аналогичных операций.

Таким образом, расширенные и расширенные комбинированные резекции являются наиболее травматичными из всех оперативных вмешательств, выполняемых по поводу рака проксимального

отдела желудка. Они чаще, чем другие операции, сопровождаются послеоперационными осложнениями и летальностью. На нашем материале статистически значимой разницы по этим параметрам после расширенных и расширенных комбинированных операций не обнаружено. Операции, выполненные из левостороннего абдоминалоторакального доступа также нельзя считать достаточно безопасными, так как они являются серьезной дополнительной травмой, особенно для больных пожилого возраста с сопутствующей сердечно-легочной патологией.

#### Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2001 году / под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. М.: ММИА, 2003. С. 95–97, 223–224.
2. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология. 2000. Т. 2, № 1. С. 4–10.
3. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Стилиди И.С. и др. Кардиоэзофагеальный рак: классификация, хирургическая тактика, основные факторы прогноза // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2003. № 1. С. 82–89.
4. Корякин А.М., Алиев С.А., Иванов М.А., Кореньков А.Ю. Опыт одномоментных операций с использованием модифицированного доступа по А.Г. Савиных при кардиогастроэзофагеальной локализации рака // Вестник хирургии. 1995. № 2. С. 117–119.
5. Кржановский А.И., Лошкарев Г.А., Рыбников Ю.А., Арутюнян Г.А. Снижение послеоперационной летальности при раке желудка // Интенсивная терапия в хирургии: тез. докл. краевой конф. хирургов. Красноярск, 1989. С. 94–96.
6. Нечунаев В.П., Шойхет Я.Н., Лазарев А.Ф. и др. Способ хирургического лечения рака кардиоэзофагеальной зоны // Сибирский онкологический журнал. 2008. № 1. С. 55–58.
7. Сельчук В.Ю., Никулин М.П. Рак желудка. MedLinks.ru. 2004. URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=17233> (дата обращения 01.03.2011).
8. Чернявский А.А., Теплова Г.С., Палагин С.Е., Стражко С.И. Тотальная внеплевральная комбинированная эзофагогастрэктомия с расширенной лимфаденэктомией при гастроэзофагеальном раке // Реконструктивная торакоабдоминальная хирургия и травматология: сб. научных работ. Горький: ГГМИ им. С.М. Кирова, 1990. С. 116–119.
9. Щепотин И.Б., Эванс С.Р. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. Киев: Книга Плюс, 2000. 227 с.
10. Gotoda T., Sasako M., Ono H. et al. Evaluation of the necessity for gastrectomy with lymph node dissection for patients with submucosal invasive gastric cancer // B. J. of Surgery. 2001. Vol. 88. P. 444–449.
11. Sasako M. Risk factors for surgical treatment in the Dutch gastric cancer trial // B. J. of Surgery. 1997. Vol. 84. P. 1567–1571.

Поступила в редакцию 20.01.2011.

#### RISK FACTORS FOR SURGICAL INTERVENTIONS FOR PROXIMAL STOMACH CANCER

M.S. Aytaliev, S.M. Doolotbekov, N.V. Zelenko, V.R. Reshetin  
National Oncology Centre of the Kyrgyz Republic (92 Akhunbaeva St. Bishkek 720064 Kyrgyz Republic)

**Summary** – The authors summarise results of 454 surgeries for the proximal stomach cancer. The maximum number of complications and the highest lethality rates were observed after extended and extended combined stomach resections. The number of complications has considerably increased in elderly age groups, especially associated with severe heart and lung pathology.

**Key words:** stomach, cancer, surgery, risk factors.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 50–52.