

лимфопролиферативных заболеваниях [1,5, 12]. Это подтверждается и схожестью изменений центральной, легочной и печеночной гемодинамики, когда в условиях преобладающего гиперкинетического типа кровообращения, которому способствует нарастающая по мере прогрессирования заболевания ферментемия, включаются механизмы ауторегуляции центрального и органного кровотока [12, 13]. Описанные механизмы в конечном итоге способствуют сохранению нормального удельного кровотока в органе и обеспечению его функционирования в условиях нарастающей опухолевой инфильтрации и декомпенсации сердечно-сосудистой системы.

#### Литература

1. Абдулкадыров К.М., Бессмельцев С.С., Рукавицин О.А. Хронический миелолейкоз. — СПб. : — Спец. литература, 1998.
2. Боголюбов В.М., Тимофеева М.Ф. // *Клин. медицина.* - 1976. -№4.- С. 115-119.
3. *Болезни органов дыхания : руководство для врачей в 4 томах / под ред. НР. Палева.* — Т. 3. — М. : Медицина, 1989.
4. *Внутренние болезни : книга 8 / под ред. Е. Браунвальда, К.Дж. Иссельбахера, Р.Г. Петерсдорфа и др.; пер. с англ.* — М.: Медицина, 1996.
5. Воробьев И.А., Харазишвили А.Г. // *Тер. архив.* — 2003.-№7.-С. 5-7.
8. Геращенко Е.В. *Печеночная гемодинамика при хроническом лимфолейкозе : автореф. дис. ... канд. мед. наук.* — Владивосток, 1999.

9. *Клиническая кардиология руководство для врачей/ под ред. Р.К. Шланта и Р.В. Александера; пер. с англ. В.Н. Хирманова.* — М.: Невский диалект, 2000.
10. *Логонов А.С., Аруин Л.И. Клиническая морфология печени.* — М.: Медицина, 1985.
11. *Подымова С.Д. Болезни печени : руководство для врачей.* — М.: Медицина, 1993.
12. *Пушкарь Ю.Т.. Исследование регионарного кровообращения и центральной гемодинамики с помощью реографических методов.* — М.: Медицина, 1981.
13. *Романова А.Ф., Виговская Я.И., Логинский В.Э. Справочник по гематологии.* — Киев : Здоровье, 1997.
14. *Armitage S.O., Bums CP., Kent T.H. // Cancer.* - 1978. - No. 41. - P. 737-742.
15. *Bodey G.P., Powell R.D., Hersh E.M. et al. //Cancer.* - 1966. - No. 19. - P. 781-793.

Поступила в редакцию 03.04.05.

#### THE HAEMODINAMICS IN PATIENTS WITH LIMPHPROLIFERATIC DISEASES.

G.S. Gulyan, V.I. Nevozhai, N.D. Tatarkina  
Primorsky Regional Oncologic Center (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

We analysed 100 cases of the central hemodynamics in patients with different stages of lymphomas treated by usual schedules of chemotherapy and high-dose schedules with high dose of the cytostatics. Our group was consist of the patients with the different histological types of this disease. They were separated in 3 groups and each of it were underwent full reological investigation of the central, lung and liver hemodynamics. Those patients who achieved completed remission and had no poor prognosis factors had significant advances in haemodynamics restore than others.

*Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 43-44.*

УДК616.351-006.6+616.348-006.6]-07-089.168

А.Ф. Пономарев, В.Н. Ищенко, Л.С. Денисенко,  
С.Е. Гаврина, Ю.П. Пахолок

### АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ЗА 10 ЛЕТ

Владивостокский государственный медицинский университет,  
Приморская краевая клиническая больница № 1  
(г. Владивосток)

*Ключевые слова: колоректальный рак, диагностика, лечение.*

По данным ВОЗ, в экономически развитых странах рак прямой и ободочной кишки занимает 3-4-е место в структуре онкологических заболеваний. В странах с высоким уровнем заболеваемости соотношение случаев рака ободочной и прямой кишки соответствует 2:1. В России, как и в большинстве стран, отмечается постоянное увеличение числа больных с колоректальным раком. За последние 10

лет прирост заболеваемости при раке ободочной кишки составил 18,7% у мужчин и 18,9% у женщин, а при раке прямой кишки соответственно — 16,2 и 6,6%. Большинство (почти 85%) случаев первично диагностированного рака приходится на возраст 60 лет и старше.

В Приморском крае заболеваемость злокачественными опухолями ободочной и прямой кишки также имеет устойчивую тенденцию к росту: за 1990—2002 гг. отмечено увеличение частоты колоректального рака на 74,8%. В 2001 г., по данным краевого онкологического диспансера, уже при постановке на учет 37% больных со злокачественными новообразованиями ободочной кишки имели IV стадию заболевания, и как следствие высокой «запущенности» одногодичная летальность составила 25,4%. Таким образом, 25—30% больных с раком ободочной кишки умирали в течение первого года с момента установления диагноза, еще не успев получить какого-либо лечения.

Ненамного лучше обстояли дела и с теми больными, которых решено было оперировать: большинство из них уже имели какое-либо осложнение или тяжелые сопутствующие заболевания. Известно, что кишечная непроходимость при раке ободочной кишки

встречается в 15–40% наблюдений, а при раке прямой кишки — в 8–32% [5]. На собственном материале также регистрировались кровотечения, анемия, водно-электролитные и другие нарушения [1].

Что касается ранней диагностики колоректального рака, то здесь возможности специализированного краевого центра колопроктологии ограничены. В большинстве случаев при подозрении на опухоль первичный прием проходит в структурах онкологической службы, где больные часто и остаются на оперативное лечение. Проводимые ранее под руководством центра и клиники профилактические осмотры населения в новых экономических условиях утратили свое значение. Единственное, что возможно в отделении и в поликлинике на проктологическом приеме, — полное обследование всех обращающихся на осмотр пациентов. Поэтому эффективность такого приема в плане диагностики «малых раков» довольно низка. Только выявление и санация всех больных с полипами прямой и ободочной кишки позволяют в единичных случаях выявлять ранние раки.

Важнейшей задачей хирургического этапа лечения колоректального рака является полное удаление первичного очага поражения, выявленных во время операций опухолей другой локализации, тщательная лимфодиссекция, частичное или полное уда-

ление соседних органов, вовлеченных в процесс за счет прорастания опухоли (учитывая, что больные поступают в основном с III или IV стадией заболевания).

Расширенные, комбинированные и сочетанные операции, по нашим данным, при раке прямой кишки составили 8,2% от радикально оперированных и 9,9% — при раке ободочной кишки. Чаще всего на операции приходилось решать вопрос об удалении матки, резекции мочевого пузыря, удалении других отделов прямой кишки. Реже возникала необходимость в удалении почки, селезенки, желчного пузыря, резекции печени (по 1–2 случая за анализируемый период). Несмотря на активную тактику оперирующих хирургов, часто предпринимать что-либо было уже поздно. Паллиативные операции при раке прямой и ободочной кишки приходилось выполнять у четверти всех пациентов (табл. 1, 2).

Направление на сохранение запирающего аппарата прямой кишки было основополагающим во все годы работы центра колопроктологии. Операции с сохранением сфинктерного аппарата ежегодно выполнялись примерно в половине всех наблюдений (табл. 1). Но если в 1995–1998 гг. большинство подобных операций составляли брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной,

Таблица 1

Виды операций при раке прямой кишки

Показатель	Кол-во по годам, абс.										Всего	
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	абс.	%
Поступило больных	132	143	145	147	163	161	146	137	173	154	1501	100,0
Не оперировано	27	31	35	33	47	31	27	2	45	51	329	21,9
Оперировано больных:	105	112	ПО	114	116	130	119	135	128	103	1172	78,1
<i>с сохранением запирающего аппарата</i>	48	60	61	67	80	82	60	80	73	57	668	57,0
<i>без сохранения запирающего аппарата</i>	25	23	23	22	14	24	22	23	23	18	217	18,5
<i>радикальные операции</i>	73	83	84	89	94	106	82	103	96	85	895	59,6
<i>паллиативные операции</i>	32	29	26	25	22	24	37	32	32	28	287	24,5
<i>расширенные, комбинированные и сочетанные операции</i>	-	-	-	-	12	10	10	10	12	11	65	8,2

Таблица 2

Виды операций при раке ободочной кишки

Показатель	Кол-во по годам, абс.										Всего	
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	абс.	%
Поступило больных	90	75	78	77	83	76	82	91	98	89	839	100,0
Не оперировано	22	9	12	11	14	8	7	10	20	29	142	16,9
Оперировано:	68	66	66	66	69	68	75	81	78	60	697	83,0
<i>радикальные операции</i>	50	43	52	45	61	55	55	49	41	41	492	58,6
<i>паллиативные операции</i>	18	23	14	21	8	13	20	32	37	19	205	24,4
<i>расширенные, комбинированные и сочетанные операции</i>	-	-	10	12	8	8	9	7	7	8	69	9,9

Таблица 3  
Типы сфинктеросохраняющих операций

Тип операции	Кол-во операций	
	абс.	%
Передняя резекция	344	29,3
Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной	128	10,9
Трансанальное иссечение опухоли	58	4,9
Операция Гартмана	99	8,2
Субтотальная колэктомия	4	0,3
Брюшно-анальная резекция с выведением одноствольного ануса	35	3,0

Таблица 4  
Ранние осложнения и летальность при хирургическом лечении колоректального рака.

Показатель	Рак прямой кишки		Рак ободочной кишки	
	абс.	%	абс.	%
Осложнения	103	8,8	72	10,3
Летальность	41	3,5	57	8,2

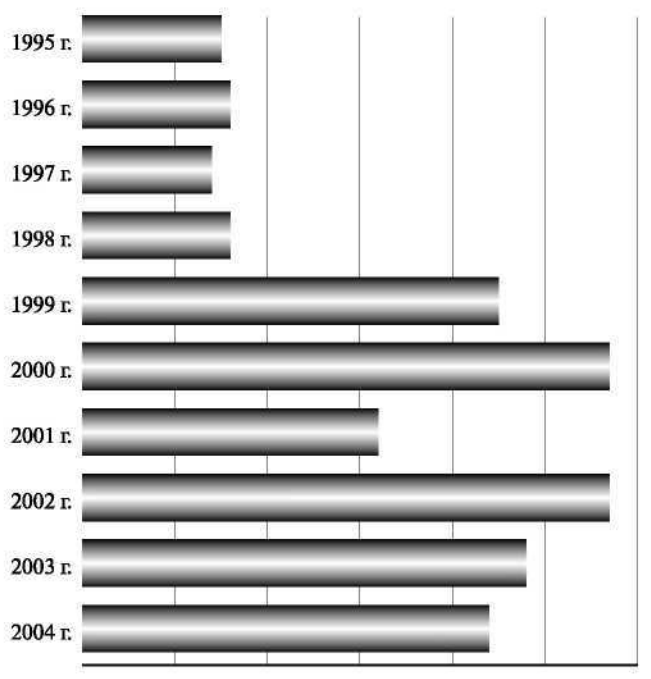


Рис. 1. Динамика частоты выполнения передней резекции прямой кишки.

Таблица 5  
Реконструктивно-восстановительные операции при колоректальном раке, выполненные в клинике за 1995–2004 гг.

Показатель	Кол-во по годам, абс.										Всего	
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	абс.	%
Поступило больных	49	32	37	37	46	54	51	49	52	36	443	100,0
Не оперировано	—	6	10	6	10	5	4	8	—	—	49	11,0
Поступило с двухствольной колостомой	28	18	28	28	34	40	32	40	37	24	309	69,7
Оперировано:	28	12	18	22	24	35	28	32	37	24	260	58,7
внутрибрюшное закрытие колостомы	27	10	14	14	18	7	12	24	29	24	179	68,8
внебрюшное закрытие колостомы	1	2	4	8	6	28	16	8	8	—	81	31,2
Поступило с одноствольной колостомой и оперировано	21	14	9	9	12	14	19	9	15	12	134	30,2

что соответствовало литературным данным [3–5], то с 1999 г. благодаря пересмотру тактики лечения больных с раком средне- и нижеампулярного отделов, предпочтение стало отдаваться передней резекции прямой кишки, чаще с наложением механического шва [2]. Если в 1995–1998 гг. передние резекции проводились ежегодно в 14–16 случаях, то с 1999 г. подобные операции выполнялись в 2–3 раза чаще (рис. 1). Ориентировка на сфинктеросохраняющие операции позволяет создать комфортные условия для дальнейшей жизни больных (табл. 3).

Анализ непосредственных результатов оперативного лечения рака прямой и ободочной кишки за 10 лет показал, что осложнения и летальность после травматических операций оказались неизбежными, но не вышли за пределы средних данных мировой и отечественной статистики (табл. 4).

Решив проблему больных, которым удалось выполнить оперативное вмешательство с сохранением

запирательного аппарата прямой кишки, нельзя не беспокоиться и о больных с временными колостомами. На собственном материале количество больных, нуждавшихся в хирургической реабилитации, при раке прямой кишки составило 11,4% и при раке ободочной кишки — 17,3%.

В клинике по отношению к этой группе больных применялась следующая тактика. В первую очередь пациенты с колостомами перед реконструктивной операцией тщательно обследовались на предмет состояния функции кишечника, наличия осложнений со стороны брюшной полости и самой стомы, а также возможного прогрессирования онкологического процесса. Вмешательства по времени разделяли на ранние, через 2–3 месяца после радикальной операции, и поздние — через 6 месяцев и более (табл. 5). Осложнения после реконструктивных вмешательств встретились в 12% случаев, летальность составила 0,7%.

## ВЫВОДЫ

1. Количество больных с колоректальным раком в Приморском крае неуклонно увеличивается, что согласуется с общемировой тенденцией.
2. Из сфинктеросохраняющих операций, выполняемых по поводу рака прямой кишки, наиболее оптимальной является передняя резекция прямой кишки.
3. Остается значительная часть больных с постоянной или временной стомой, нуждающихся в послеоперационной реабилитации, что требует создания стома-кабинетов в специализированных отделениях.
4. Для улучшения результатов реконструктивно-восстановительных операций необходимо тщательное исследование и предоперационная подготовка.
5. Анализ статистических данных показывает эффективность комплексного лечения больных с колоректальным раком, в том числе повышения качества их жизни, и требует разработки новых хирургических технологий.

## Литература

1. *Вопросы ранней диагностики и профилактики колоректального рака : методические рекомендации / сост. С.В. Юдин и др. — Владивосток, 2004.*

2. *Ищенко В.Н. Сфинктеросохраняющие операции на прямой кишке / под ред. Е.Г. Григорьева. — Владивосток : Дальнаука, 2003.*
3. *Проблемы колопроктологии. — Вып. 17 / под ред. Г.И. Воробьева и др. — М., 2000.*
4. *Рак прямой кишки / Федоров В.Д., Одарюк Т.С., Ривкин В.Л. и др. / под ред. В.Д. Федорова. — М. : Медицина, 1987.*
5. *Клиническая оперативная колопроктология руководство для врачей / под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. — М. : ГИЦ проктологии, 1994.*  
Поступила в редакцию 31.06.05.

## THE ANALYSIS OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE CANCER OF THE RECTUM AND COLON

*A.F. Ponomarev, V.N. Ishchenko, L.S. Denisenko, S.E. Gavrina, Yu.P. Paholyuk  
Vladivostok State Medical University, Primorsky Regional Hospital No. 1 (Vladivostok)*

*Summary* — The analysis of results of work of Colo-proctology University Department for 10 years (1995-2004). Growth of the morbidity of rectal (1501 case) and colonic cancer (839 cases) in the population is emphasized; the modern surgical tactics and tactics of reconstructive surgeries after radical interventions are shown.

случаев) кишки, рассматривается современная хирургическая тактика и тактика реконструктивных операций после радикальных вмешательств.

*Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 44-47.*

УДК616-006.6-056.7-07-036.22(571.63)

*В.Н. Багрянцев, С.В. Юдин, Е.Б. Батова*

## ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА УРОВЕНЬ ОНКОМАРКЕРОВ

Лечебно-диагностический центр «Мечников»  
(г. Владивосток),  
Приморский краевой онкологический диспансер  
(г. Владивосток)

*Ключевые слова: лабораторная диагностика, наследственность, онкомаркеры*

Проведение качественных скрининговых, диагностических и клинических мониторинговых исследований или изучения распространенности злокачественных заболеваний с использованием серологических биомаркеров опухолей всегда осложнено рядом причин как принципиального технического, так и субъективного характера. Даже при наличии технически оснащенной лаборатории с высококвалифицированными специалистами и с учетом правильно подобранных клинических и диагностических стандартов окончательная интерпретация полученных результатов зависит от того, насколько адекватно были проведены первые этапы — забор материала, обработка, хранение и доставка его в лабораторию [2,3].

Вместе с тем оценка полученных результатов зависит от правил, принятых в конкретной лаборатории, в том числе от наличия в ней своих региональных стандартов. Использование норм, приложенных к тест-системе, практически всегда приводит к неверному результату, даже при уровнях онкомаркеров ниже дискриминационных величин. Учет же других факторов, которые могут повлиять на результаты исследования, практически не выполняется [1].

В этом аспекте нами проведена работа по выявлению закономерностей и оценке возможного влияния на циркуляцию и уровни ряда онкомаркеров у женщин, имеющих отягощенную наследственность по ряду локализаций злокачественных новообразований и месту проживания с учетом производственных факторов на экологически опасных предприятиях Приморского края.

В разработку взяты исследования сывороток крови женщин, проведенные в трех населенных пунктах Приморского края — п. Лучегорск, п. Ярославский и г. Большой Камень, где расположены различные экологически опасные предприятия. На Лучегорском топливно-энергетическом комплексе (ЛУТЭК) основным опасным производственным фактором является мощное электромагнитное излучение. Ярославский горно-обогатительный комбинат и Дальневосточный завод «Звезда» (Большой Камень) характеризуются такими вредными факторами, как экотоксические фторсодержащие химические вещества и малые дозы ионизирующего излучения.