

достоверное увеличение ОР РМЖ у курящих женщин в сравнении с некурящими [10, 11, 14]. Наряду с этим в отдельных работах указывалось на снижение ОР РМЖ у курящих женщин в сравнении с некурящими [18], что объяснялось снижением выработки эстрогенов у курящих женщин [23]. По данным настоящего исследования, у женщин до 50 лет курение было связано со слабым статистически недостоверным увеличением ОР РМЖ, а у женщин после 50 лет, напротив, с заметным снижением ОР РМЖ. Ограничение положительной связи курения с ОР РМЖ только доменопаузальным возрастом уже отмечалось в других работах [9, 20]. Можно предположить, что возможный канцерогенный эффект табачного дыма в отношении клеток и тканей молочной железы проявляется только у молодых женщин. В то же время в постменопаузальном возрасте, когда увеличивается доля эстрогензависимых РМЖ, проявляются антиэстрогенный эффект табакокурения и его отрицательная связь с ОР РМЖ.

В завершение следует отметить сравнительно слабую связь выделенных факторов репродуктивного анамнеза с риском развития РМЖ. Это обусловлено тем, что все известные факторы являются не этиологическими, причинными, факторами, а только индикаторами той или иной степени предрасположенности к развитию опухоли. Их участие в канцерогенезе заключается в том, что они создают более или менее благоприятный эндогенный, конституциональный, фон для патогенных воздействий других иницилирующих и промоторных факторов канцерогенеза.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Димитрова С., Хайдутова Р. // Онкология (София). — 1984. — Т. 21, № 4. — С. 170—175.
2. Левшин В. Ф. // Вопр. онкол. — 1985. — Т. 31, № 2. — С. 30—35.

© Коллектив авторов, 2000
УДК 618.19-006.6.08

В. П. Летыгин, И. В. Высоцкая, С. Ю. Абашин, Е. М. Погодина,
М. В. Шомова, Ю. Б. Высоцкий, В. М. Иванов

ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТОРОННЕГО СИНХРОННОГО РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ СТАДИЙ T02N01M0

НИИ клинической онкологии

Двустороннее синхронное поражение молочных желез относят к первично-множественным опухолям. Синхронным считают рак второй молочной железы, появившийся в сроке до 12 мес после верификации опухоли в первой молочной железе [7].

По существующим данным литературы [1, 2], первичный двусторонний рак составляет 0,5—20% среди всех больных раком молочной железы.

По данным Е. Hoffman [6], риск развития рака во второй молочной железе составляет $9,0 \pm 0,65\%$ в течение каждого года из последующих лет наблюдения после первой мастэктомии.

3. Левшин В. Ф., Писут П. М. Эпидемиология рака молочной железы. — Тирасполь, 1997.
4. Семизлазов В. Ф. // Патогенетические подходы к профилактике и лечению гормонозависимых опухолей. — Л., 1983. — С. 22—37.
5. Adami H. et al. // Br. J. Cancer. — 1988. — Vol. 58. — P. 832—837.
6. Bennet I. C. et al. // Ibid. — 1990. — Vol. 61, N 1. — P. 142—146.
7. Berstein L. et al. // Ibid. — 1990. — Vol. 61, N 2. — P. 298—302.
8. Braga C. et al. // The Breast. — 1998. — N 7. — P. 27—32.
9. Brownson R. et al. // Arch. intern. Med. — 1988. — Vol. 148, N 1. — P. 140—144.
10. Calle E. E. et al. // Am. J. Epidemiol. — 1994. — Vol. 139. — P. 1001—1007.
11. Chu S. Y. et al. // Am. J. Epidemiol. — 1990. — Vol. 131, N 2. — P. 244—253.
12. Gomes A. et al. // Int. J. Epidemiol. — 1995. — Vol. 24, N 2. — P. 292—299.
13. Hislop T. G. et al. // Ibid. — 1986. — Vol. 15, N 4. — P. 469—476.
14. Hlalt R., Fleman B. // J. nat. Cancer Inst. — 1986. — Vol. 76, N 5. — P. 833—838.
15. Layde P. et al. // J. clin. Epidemiol. — 1989. — Vol. 42, N 10. — P. 963—973.
16. London S. et al. // J. nat. Cancer Inst. — 1989. — Vol. 81, N 21. — P. 1625—1631.
17. Negri E. et al. // Am. J. Epidemiol. — 1988. — Vol. 128. — P. 1207—1215.
18. O'Connell D. L. et al. // J. nat. Cancer Inst. — 1987. — Vol. 78, N 2. — P. 229—234.
19. Rauntalant M. et al. // Eur. J. Epidemiol. — 1933. — Vol. 9, N 1. — P. 17—25.
20. Rohan T., Baron J. // Am. J. Epidemiol. — 1989. — Vol. 129. — P. 36—42.
21. Schechter M. et al. // Ibid. — 1989. — Vol. 130. — P. 213—220.
22. Su—Chung Tao et al. // Int. J. Cancer. — 1988. — Vol. 42. — P. 495—498.
23. Trichopoulos D., Katsouyanni K. // Lancet. — 1989. — N 8655. — P. 158.
24. Vatten L., Kvinnsland S. // Eur. J. Cancer. — 1990. — Vol. 26, N 7. — P. 830—833.
25. Velentgas P., Daling J. // Monogr. nat. Cancer Inst. — 1994. — Vol. 16. — P. 15—24.

Поступила 20.12.99 / Submitted 20.12.99

V.P.Letyagin, I.V.Vysotskaya, S.Yu.Abashin, E.M.Pogodina,
M.V.Shomova, Yu.B.Vysotsky, V.M.Ivanov

TREATMENT FOR BILATERAL SYNCHRONOUS BREAST CANCER OF STAGE T02N01M0

Institute of Clinical Oncology

Bilateral synchronous breast cancer belongs to primary multiple tumors. Synchronous cancer is defined as cancer of the contralateral breast occurring within 12 months after verification of ipsilateral breast carcinoma [7].

According to the published data [1,2] primary bilateral cancer is 0.5% to 20% of all breast cancers.

According to E.Hoffman [6] the risk of contralateral cancer is $9.0 \pm 0.65\%$ for every follow-up year after the first mastectomy. Multiple lesions are 68% of all bilateral cancers.

M.D.Davini et al. [5] studied cases with bilateral breast cancer to discover that synchronous affection was characteristic of

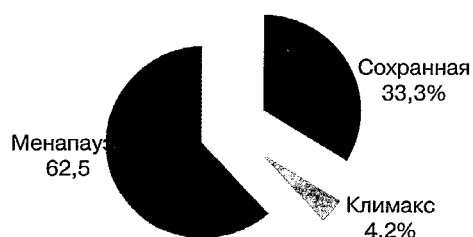


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от менструальной функции.

Fig. 1. Case distribution with respect to menstruation status.

Множественность зачатков при двустороннем поражении соответствует 68%.

М. D. Davini и соавт. [5] среди наблюдаемых больных с двусторонним раком молочных желез отмечают, что синхронное поражение характерно для более пожилых пациенток (средний возраст в группе больных составил 79,5 года). Основной гистологической формой в изучаемой группе был инфильтративный протоковый рак.

Аналогичные результаты представлены в работе С. Е. Arroba и М. L. F. Moreno [3]. По данным авторов, в 60% случаев при синхронном поражении молочных желез морфологическим типом является инфильтративный протоковый рак и только у 20% больных отмечался дольковый вариант строения опухоли.

Однако А. М. Bianchi и соавт. [4] определяют средний возраст наблюдаемой ими группы пациенток с двусторонним синхронным раком молочных желез не старше 55,2 года.

На основании наблюдения 29 больных синхронным раком молочных желез М. Н. Robinson и соавт. [8] сделали следующие выводы:

а) прогностические факторы (возраст, гистологический тип опухоли и степень ее злокачественности) не влияют на прогноз у данной категории больных;

б) достоверное изменение продолжительности жизни наблюдается только при наличии поражения регионарных лимфоузлов N1 и N2 ($p=0,006$).

Большинство авторов наиболее оптимальным вариантом лечения синхронного рака считают хирургическое вмешательство в объеме радикальной мастэктомии с сохранением одной или обеих грудных мышц. Что касается системной адъювантной терапии, то назначение ее, как и при одностороннем поражении, зависит от данных морфологического исследования. Применение двусторонних сохранных вмешательств и прогноз при подобном варианте лечения являются предметом дискуссии. Прогноз у леченных подобным образом больных считается менее обнадеживающим (69,84%).

Материалы и методы. За период с 1980 по 1994 г. в клиниках РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН получили лечение 24 больные первичным двусторонним синхронным раком молочных желез стадий T1-2N0-1M0. Группа состояла из пациенток с одномоментно возникшими опухолями. Средний возраст пациенток составлял $55,2 \pm 3,03$ года.

Возрастные отношения в соответствии с менструально-овариальной функцией представлены на рис. 1.

Наибольшее количество больных (62,5%) находились в менопаузе разного срока, в то время как более молодые пациентки составляли 37,5%.

В зависимости от степени распространенности процесса распределение больных представлено в табл. 1.

Как видно, в изучаемой группе преобладали больные без поражения регионарных лимфоузлов (79,3%). Синхронный рак T1N1M0 встречался в 2 случаях, а

Таблица 1

Table 1

Распределение больных двусторонним раком в зависимости от стадии

Distribution of cases with bilateral cancer with respect to disease stage

Стадия процесса	Число больных	
	абс.	%
T1N0M0	8	33,6
T1N0M0+T2N0M0	4	16,6
T2N0M0	3	12,5
T is в сочетании с T1N0M0 T in combination with T1N0M0	1	4,1
T is в сочетании с T2N0M0 T in combination with T2N0M0	3	12,5
T1N1M0	2	8,3
T1N1M0 в сочетании с T1N0M0 T1N1M0 in combination with T1N0M0	1	4,1
T1N01M0 в сочетании с T2N0M0 T1N01M0 in combination with T2N0M0	2	8,3
И т о г о... / Total...	24	100
Disease stage	No.	%
	Patients	

Таблица 2

Table 2

Гистологические варианты двустороннего синхронного рака
Histological types of bilateral synchronous cancer

Морфология	Число больных	
	абс.	%
Неинфильтративные формы Non-infiltrative	4	8,3
Инфильтративный протоковый рак Infiltrative ductal	26	54,2
Инфильтративный дольковый рак Infiltrative lobular	13	27,0
Рак Педжета / Paget's cancer	4	8,3
Папиллярный рак / Papillary cancer	1	2,2
И т о г о... / Total...	48	100
Morphology	No.	%
	Patients	

patients with advanced age (mean 79.5 years in the study group). Infiltrative ductal cancer was the principal histological type.

Similar results were described by С.Е.Аrroba and М.Л.Е.Моrеnо [3] who found infiltrative ductal disease in 60% and lobular lesion in 20% of synchronous breast cancers.

However, А.М.Вinаchі et al. [4] reported a 55.2-year or less mean age of patients with bilateral synchronous breast cancer in his study.

Basing on results of study of 29 cases with bilateral breast cancer М.Н.Robinson et al. [8] have made the following conclusions:

в сочетании со стадиями T1N0M0 и T2N0M0 — в 3 случаях. Наиболее часто по клинико-рентгенологическим данным опухолевые узлы локализовались в верхненаружных квадрантах либо в сочетании с границей верхних квадрантов — 7 (29,2%) случаев. В 4 (16,6%) случаях отмечалось сочетание локализации на границе верхних квадрантов в одной молочной железе с любым расположением новообразования в противоположной молочной железе. Центральная локализация с обеих сторон наблюдалась у 3 (12,5%) пациенток.

При синхронном раке Педжета поражение соска сочеталось с поражением ареолы либо узловым образованием в ткани молочной железы. Все остальные локализации отмечались с одинаковой частотой. Гистологические варианты двустороннего рака представлены в табл. 2.

Преобладающей формой был протоковый рак — 54,2%, второй по частоте отмечалась дольковая форма — 27,0%.

Рецепторный статус исследован у 42 (87,5%) из 48 пациенток данной группы. Распределение больных в зависимости от содержания рецепторов стероидных гормонов в опухолях представлено в табл. 3.

Преобладающими были рецепторположительные опухоли по двум (45,8%) или хотя бы по одному типу рецепторов. В 14 случаях отмечался очень высокий (>100 фмоль/мг) уровень содержания рецепторов. Таким образом, с точки зрения рецепторного статуса изучаемая группа может быть охарактеризована как относительно благоприятная.

У всех больных первичное лечение начиналось с хирургического вмешательства. Аджьювантная терапия назначалась в соответствии с типом операции, морфологическими данными удаленного препарата, рецепторным статусом опухолей. Распределение больных по видам лечения представлено в табл. 4. Хирургическое лечение без дополнительной адьювантной терапии получили 12 больных. Поражение регионарных лимфоузлов в этой группе отмечалось только в 2 случаях. Типичным объемом оперативного вмешательства была РМЭ в различных вариантах (10 больных — 83,4%).

Таблица 4

Table 4

Распределение больных двусторонним синхронным раком молочных желез в зависимости от вида лечения
Distribution of cases with bilateral synchronous cancer with respect to treatment type

Вид лечения	Число больных	
	абс.	%
Хирургическое лечение (n=24) / Surgery (n=24)		
РМЭ по Холстеду / Halsted RME	2	8,3
РМЭ по Пейти / Patey RME	8	33,4
РМЭ с сохранением грудных мышц RME with pectoral muscle preservation	10	41,7
Ампутация молочных желез / Breast amputation	2	8,3
Радикальная резекция / Radical resection	2	8,3
Комбинированное и комплексное лечение (n=24) Combination and complex modality treatment (n=24)		
РМЭ+химиогормонотерапия RME+ chemo- and hormonotherapy	6	25,0
Радикальная резекция+ДГТ на молочную железу+гормонотерапия / Radical resection+DGT+ hormonotherapy	8	33,4
Радикальная резекция+химиогормонотерапия Radical resection + chemo- and hormonotherapy	6	25,0
РМЭ+химиотерапия / RME + chemotherapy	2	8,3
Секторальная резекция+гормонотерапия Sectoral resection + hormonotherapy	2	8,3
Treatment type	No.	%
	Patient	

Примечание. РМЭ — радикальная мастэктомия, ДГТ — дистанционная гамма-терапия

Note. RME, radical mastectomy; DGT, distant gamma-therapy.

Таблица 3

Table 3

Распределение больных двусторонним синхронным раком в зависимости от рецепторного статуса опухолей
Distribution of cases with bilateral synchronous cancer with respect to tumor receptor status

Рецепторный статус	Число больных	
	абс.	%
РЭ-РП- / ER-PR-	9	18,7
РЭ+РП- / ER+PR-	3	6,3
РЭ-РП+ / ER-PR+	8	16,7
РЭ+РП+ / ER+PR+	22	45,8
Нет данных / No data	6	12,5
И т о г о... / Total...	48	100
Receptor status	No.	%
	Patients	

Примечание. РЭ — рецепторы эстрогенов, РП — рецепторы прогестеронов.

Note. ER, estrogen receptors; PR, progesterone receptors.

a) prognostic factors (age, tumor histology and grade) have no effect on disease prognosis in the patient category in question;

b) a significant change in life time is observed only in cases with regional lymph node involvement N1 and N2 ($p=0.006$).

Most authors believe surgery consisting of radical mastectomy with preservation of one or both pectoral muscles to be optimal treatment for bilateral cancer. As concerns systemic adjuvant therapy, like in unilateral breast cancer its effectiveness depends upon the morphological findings. Reasonability of and prognosis after bilateral preservation surgery are matters of discussion. The prognosis after such procedures is considered less favorable (69.84%).

Materials and Methods. A total of 24 patients with primary bilateral synchronous breast cancer T12N0M0 were managed at the N.N.Blokhin CRC RAMS during 1980-1994. The patients had simultaneously occurring tumors. Mean patient age was 55.2 ± 3.03 years.

Figure 1 presents menstruation status of the patients.

Most patients (62.5%) were menopausal and 37.5% were premenopausal.

Table 1 demonstrates case distribution with respect to disease advance.

Patients free from regional lymph node involvement were predominating (79.3%). Synchronous cancer T1N1M0 was encountered in 2 and T1N0M0/T2N0M0 in 3 cases. Most of the tumors were located in the upper external quadrant or in combination with upper quadrant borderline (7, 29.2%). 4 (16.6%) cases had tumors on the borderline of upper quadrant in one breast with any location of the lesion in the opposite breast. Centric location was found in 3 (12.5%) cases. In cases with synchronous Paget's cancer nipple affection was found jointly with areola lesion or with a nodular lesion in the breast tissue. Other locations were encountered at similar frequency. Histological types of bilateral cancer are demonstrated in table 2.

Ductal cancer was predominant (54.2%) and lobular type was 27.0%. Evaluation of receptor status was made in 42 of 48 (87.5%) cases. Case distribution with respect to steroid hormone receptor status is presented in table 3.

Most tumors were two (45.8%) or one receptor-positive. Receptor content was very high (>100 fmol/mg) in 14 cases. The study group might therefore be considered rather favorable as to receptor status.

First treatment modality was surgery in all the cases. Adjuvant therapy was performed with respect to type of surgical procedure, morphological study of operative specimens and tumor receptor status.

Surgery without adjuvant therapy was performed in 12 patients. Only 2 of them had regional lymph node involvement. Typical surgery consisted of radical mastectomy variants (10, 83.4%). Bilateral radical resection without radiotherapy was made in 1 case. Stage I synchronous breast cancer was diagnosed in both the cases.

Двусторонняя радикальная резекция без лучевой терапии выполнена у 1 больной, простая мастэктомия — у 1 пациентки. В обоих случаях диагностирована I стадия синхронного рака молочных желез. 12 больных получали комбинированное или комплексное лечение.

Поражение регионарных зон в данном случае отмечено у 3 пациенток: сочетание с T2N0M0 — 2 случая и у 1 больной степень распространенности T1N0M0 носила двусторонний характер.

В качестве адъювантного лечения после РМЭ применялась гормонотерапия тамоксифеном по 20 мг/сут — 3 больные либо в сочетании с полихимиотерапией по схеме CMF (6 курсов).

Выполненная у 5 больных радикальная резекция обеих молочных желез в 4 случаях дополнялась ДГТ на оставшуюся часть молочных желез до СОД 50 Гр. Эти же больные получали системную адъювантную гормонотерапию тамоксифеном. У 1 больной облучение молочных желез не проводилось, а еще 1 больная получала системную химиогормонотерапию.

В одном случае хирургический этап ограничился секторальной резекцией со срочным гистологическим исследованием и в послеоперационном периоде дополненной гормонотерапией тамоксифеном.

Результаты и обсуждение. Анализ отдаленных результатов проводился в зависимости от варианта лечения (рис. 2, а, б).

Показатели 3-летней общей и безрецидивной выживаемости у больных при хирургическом и комплексном лечении абсолютно одинаковы.

По критериям 5- и 10-летних результатов наблюдения создается впечатление о лучших показателях у больных, получивших комплексное лечение (91,7% общая 5-летняя и 75,0% безрецидивная по сравнению с 84,3 и 66,7% соответственно). Однако разница статистически недостоверна. Та же тенденция сохраняется в критериях 10-летней выживаемости. Возможно, это связано с тем, что изучаемая группа с точки зрения рецепторного статуса и возрастного состава является относительно благоприятной. С другой стороны, удельный вес больных с I стадией процесса в хирургической группе составляет 50,0% (6 пациенток), а со II стадией поражения регионарных лимфоузлов — 33,3% (4 пациентки).

Среди больных, получивших комплексное лечение, количество больных в стадии T1N0M0 составляет 33,3% (4 пациентки), T2N0M0 — 16,6% (2 пациентки).

Причем все эти больные получили системное или системно-локальное дополнительное лечение.

Таким образом, на основании представленного ретроспективного материала можно заключить, что комбинированный метод лечения не имеет существенных преимуществ перед чисто хирургическим лечением при отсутствии регионарных метастазов.

Заключение. Оценены результаты лечения 24 больных первичным двусторонним синхронным раком молочных желез стадий T12N0M0. Средний возраст пациенток — 55,2±3,03 года. 62,5% больных находились в менопаузе. Преобладали больные без поражения регионарных лимфоузлов (79,3%).

Combination or complex modality treatment was given to 12 patients. 3 of these patients had regional lymph node involvement in combination with T2N0M0 (2) or T1N0M0 (1).

Adjuvant therapy after radical mastectomy consisted of hormonotherapy with tamoxifen at 20 mg/day (3 patients) or combination with 6 cycles of CMF polychemotherapy.

Radical resection of both breasts was made in 5 cases of which 4 also received distant therapy for the remaining breast up to a total tumor dose 50 Gy. The same patients received systemic adjuvant hormonotherapy with tamoxifen. No radiation therapy was given to 1, and another case received systemic chemotherapy. In 1 case surgery was limited to sectoral resection with urgent histological study and supplemented with postoperative hormonotherapy with tamoxifen.

Results and Discussion. Follow-up analysis was performed with respect to treatment type (fig.2,a,b).

The 3-year overall and disease-free survival rates were absolutely similar in patients receiving surgery alone or complex treatment. The 5- and 10-year survivals were somewhat better in the combination modality treatment group (91.7% overall and 75.0% disease-free 5-year survivals vs 83.3% and 66.7%, respectively). However the difference was not statistically significant. The same trend was seen in the 10-year survival rates.

These results might be due to a more favorable age and receptor status of the group in question.

On the other hand stage I cases were 50% (6) of the surgery group and cases with stage II and no regional lymph node involvement were 33.3% (4). Among patients receiving complex treatment T1N0M0 was encountered in 33.3% (4), T2N0M0 in 16.6% (2) of cases. All these patients received systemic or locosystemic adjuvant treatment.

Results of the retrospective analysis therefore suggest that combination modality treatment has no considerable advantages over surgery alone in cases without regional lymph node involvement.

Conclusion. Treatment results of 24 patients with primary bilateral synchronous breast cancer stage T12N0M0 was performed. Mean patients' age was 55.2±3.03 years, 62.5% of the cases were menopausal. Most patients had no regional lymph node involvement (79.3%). By histology 54.2% of tumors were infiltrative ductal cancer and 27.0% were infiltrative lobular cancer. 45.8% had positive hormone receptor status. 12 patients underwent surgery alone and another 12 patients had combination or complex modality treatment. The 3-year overall and disease-free survivals were similar in both patient categories. The 5- and 10-year survivals were somewhat better in the combination modality group (91.7% overall and 75.0% disease-free survivals vs 83.3% and 66.7%, respectively), though the difference was not statistically significant. The conclusion may be made that combination modality treatment has no advantages over surgery alone in patients with bilateral synchronous breast cancer and no regional lymph node involvement.

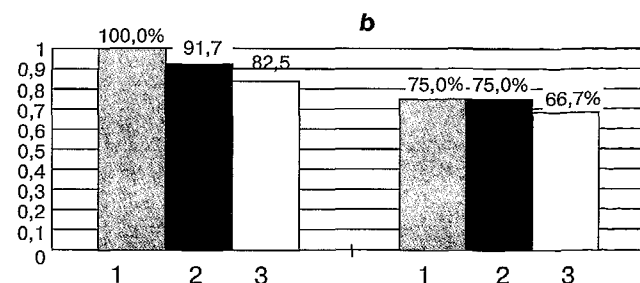
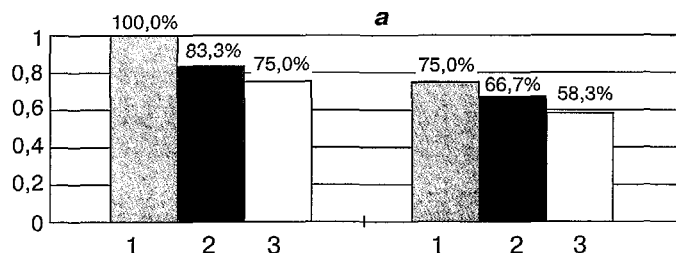


Рис. 2. Выживаемость больных двусторонним раком при хирургическом (а) и при комплексном (б) лечении.

1 — 3-летняя выживаемость, 2 — 5-летняя, 3 — 10-летняя.

Fig.2. Survival of patients with bilateral breast cancer undergoing surgery alone (a) and receiving combination modality treatment (b).

1, 3-year survival; 2, 5-year survival; 3, 10-year survival.

При гистологическом исследовании у 54,2% больных выявлен инфильтративный протоковый рак, у 27,0% больных — инфильтративный дольковый рак. Положительные рецепторы стероидных гормонов отмечены у 45,8% больных. 12 больным проведено только хирургическое лечение, другим 12 — комбинированное или комплексное лечение.

Показатели 3-летней общей и безрецидивной выживаемости в обеих группах одинаковы. Критерии 5- и 10-летних результатов наблюдения несколько лучше у больных, получивших комбинированное или комплексное лечение (общая выживаемость — 91,7%, безрецидивная — 75,0% против 83,3 и 66,7% соответственно), однако разница статистически не достоверна. Следовательно, комбинированный или комплексный метод лечения не имеет существенных преимуществ перед хирургическим лечением у больных двусторонним синхронным раком молочных желез при отсутствии регионарных метастазов.

© Коллектив авторов, 2000
УДК 616.33-006.6-089.168.1-06

*А. В. Леванов, А. И. Бенеvский, Ю. Б. Высоцкий,
Н. В. Дмитриева, А. А. Клименков, С. Н. Неред, В. Ю. Сельчук*

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Кафедра онкологии РГМУ, НИИ клинической онкологии

В структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения России рак желудка прочно занимает одно из ведущих мест [1]. Надежды на излечение больных в первую очередь связаны с возможностью удаления опухоли путем хирургического вмешательства, т.е. с возможностью выполнения радикальной операции [2, 4]. В то же время до настоящего времени выполнение этих вмешательств сдерживается рядом причин, одной из которых является высокая вероятность развития гнойно-септических послеоперационных осложнений. При этом во взглядах на механизмы развития осложнений нет единого мнения, поэтому в основе большинства профилактических мероприятий акцент делается на какое-то одно звено [3, 7]. В связи с этим более глубокое изучение патогенеза названных осложнений имеет важное практическое значение.

Материалы и методы. Были рассмотрены, обобщены и проанализированы результаты лечения 1246 больных, оперированных в объеме гастрэктомии в абдоминальном отделении ОНЦ РАМН им. Н. Н. Блохина за период с 1977 по 1998 г., т.е. за 22 года. Наиболее часто оперировались больные в возрасте от 30 до 70 лет. Среди них мужчин было 826 (66,3%) и женщин 420 (33,7%), соотношение 2:1. Распределение оперированных больных по стадиям заболевания было следующим: I стадия — 10,7%, II — 20,6%, III — 40,2%, IV — 28,6%. По морфологической структуре у этих больных было отмечено преобладание аденокарциномы различной степени дифференцировки (84,3%). Значительно реже отмечали недифференцированный рак (15,7%).

Полученные результаты анализировали за два эквивалентных периода времени: с 1977 по 1987 и с 1988 по 1998 г. включительно. В период с 1977 по 1987 г. у 257

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Сельчук В. Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1994.
2. Ушакова Т. И., Денисов Л. Е., Виноградова Н. Н. // Состояние онкологической помощи населению стран СНГ в 1997 г. — М., 1998.
3. Arroba C. E., Moreno M. L. F. // Rev. cub. oncol. — 1990. — Vol. 6, N 2. — P. 177—181.
4. Bianchi A. M., Khinelli D. et al. // Asta chir. ital. — 1996. — Vol. 52, N 4. — P. 357—365.
5. Davini M. D., Morelli M., Farinella M., Rossi R. // Minerva chir. — 1993. — Vol. 48, N 10. — P. 521—525.
6. Hoffman E. // South. Red. J. — 1990. — Vol. 83, N 10. — P. 1009—1015.
7. Niedner W. // Gynec. — 1989. — Vol. 10, N 11. — P. 319—326.
8. Robinson M. H., A'Hern R. P., Walsh G. A. // Br. J. Cancer. — 1990. — Vol. 62, Suppl. N 11. — P. 14.

Поступила 28.01.2000 / Submitted 28.01.2000

*A.V.Levanov, A.I.Benevsky, Yu.B.Vysotsky, N.V.Dmitrieva,
A.A.Klimenkov, S.N.Nered, V.Yu.Selchuk*

SOME ETIOPATHOGENIC FEATURES OF POSTOPERATIVE MORBIDITY AFTER GASTRECTOMY IN GASTRIC CANCER PATIENTS

Chair of Oncology, RSMU; Institute of Clinical Oncology

Gastric cancer accounts for highest morbidity and mortality among other malignancies in Russia [1]. The cure may be provided by surgical removal of cancer, i.e. definitive operation [2,4]. However the definitive surgery is limited due to some reasons including high risk of postoperative purulent complications. Mechanisms of the complication development are equivocal and therefore most preventive measures focus on a single component [3,7]. More detailed study of origin of the above-mentioned complications is of much practical importance.

Materials and Methods. We analyzed results of treatment of 1246 patients undergoing gastrectomy at the Abdominal Department, N.N.Blokhin Memorial CRC, RAMS, during 1977 to 1998, i.e. for 22 years. Most of these patients were 30 to 70 years of age. 826 (66.3%) patients were males and 420 (33.7%) were females, i.e. male to female ratio was 2:1. Case distribution with respect to disease stage was as follows: stage I 10.7%, stage II 20.6%, stage III 40.2%, stage IV 28.6%. By morphology most tumors (84.3%) were adenocarcinomas of various differentiation and the remaining ones were undifferentiated carcinomas (15.7%).

The treatment results were analyzed in two periods: 1977-1987 and 1988-1998. During 1977-1987 257 (61.2%) patients underwent standard and 163 (38.8%) combined gastrectomy. During the second period (1988-1998) 467 (56.5%) patients underwent standard and 359 (43.5%) combined gastrectomy.

During 1988 through 1998 microbiological study of pathological substrates was performed in 249 patients with postoperative complications, in 75 cases intestinal organisms were studied before surgery and start of antimicrobial therapy and after therapy withdrawal. Of them 18 had stage II, 44 had stage III and 13 had stage IV disease. The study was performed by bacteriological methodology and involved calculation of organisms by Covalli-Sforza formula with expression of results as lg of CFU per g material [5].