

гда распространялся на пристеночный эндокард, что осложнялось разрушением стенки левого желудочка, межжелудочковой перегородки и приводило к возникновению свищей. При макроскопическом исследовании створок клапанов в 11,8 % выявлены полипозные, в 15,5 % язвенные и в 72,7 % полипозно-язвенные изменения.

При микроскопическом исследовании в створках клапанов выявлены обширные очаги некроза, тромботические массы с признаками их организации и очагами обызвествления, лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью лейкоцитов, колонии микробов, а также очаги склероза, гиалиноза и обызвествления при вторичном ИЭ.

Тромбозомболические осложнения с развитием инфарктов в селезенке (33 %), почках (20,5 %), головного мозга (28,2 %) выявлены в 92 %. Другими осложнениями были иммунокомплексный диффузный гломерулонефрит, гепатит, геморрагический синдром, пневмония, инфаркт миокарда, миокардит.

#### *Литература*

1. *Инфекционный эндокардит / Под ред. Г. В. Кнышова, В. Н. Коваленко. — Киев: Морион, 2001. — 480 с.*
2. *Уланова, В. И. Инфекционный эндокардит: учеб. пособие / В. И. Уланова, В. И. Мазуров. — СПб., 2007. — 128 с.*
3. *Белов, Б. С. Инфекционный эндокардит: Ч. 11: Особенности течения, критерии диагноза, дифференциальная диагностика / Б. С. Белов // Инфекция и антимикробная терапия. — 2000. — Т. 2, № 4. — С. 11–17.*

УДК 616.33–006–091–476.2

### **КЛИНИКО–МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛУДКА, ОПЕРИРОВАННЫХ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2002–2004 гг.**

*Брич С. С., Михайлов И. В.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### *Введение*

Злокачественные опухоли желудка относятся к наиболее распространенным в мире злокачественным новообразованиям. Повсеместно преобладает рак желудка, тогда как неэпителиальные опухоли являются довольно редкими. В большинстве стран, за исключением Японии, рак желудка диагностируются преимущественно в III–IV стадии [5]. Мультифакториальная природа злокачественных опухолей желудка, как и большинства злокачественных новообразований, обеспечивает высокую гетерогенность его клинико–морфологических проявлений, что существенно затрудняет оценку прогноза заболевания, а, следовательно, и выбор тактики лечения [4].

#### *Цель*

Проанализировать распространенность, локализацию, стадийность опухолевого процесса, частоту встречаемости отдельных гистологических форм злокачественных опухолей желудка и уровень дифференцировки опухолевой ткани у пациентов, перенесших радикальные и условно–радикальные операции по поводу злокачественных опухолей желудка в Гомельской области в 2002–2004 гг., сравнив полученные данные с данными мировой литературы.

#### *Материалы и методы*

Изучены результаты хирургического и комплексного лечения 789 пациентов, перенесших радикальные и условно–радикальные операции по поводу злокачественных опухолей желудка в Гомельской области в 2002–2004 гг. Материалом для исследования являлись данные канцер–регистра по Гомельской области. Была создана компьютерная база данных в среде MS Access 2007. Для статистического анализа использовался пакет прикладных программ «Statistica» 6.0.

#### *Результаты и обсуждение*

Мужчин и женщин в исследуемой группе было 456 (57,8 %) и 333 (42,2 %) соответственно. Возраст пациентов колебался от 29 до 85 лет и, в среднем, составил  $63,7 \pm 11,1$  года.

Для мужчин средний возраст составил  $61,9 \pm 11,2$  % лет, а для женщин —  $66,1 \pm 10,6$  лет ( $F = 29,2$ ,  $p < 0,001$ ). У 355 (45 %) пациентов имелись различные осложнения опухолевого процесса, такие как: анемия, субкомпенсированный стеноз привратника, дисфагия. Наиболее часто опухоль локализовалась в нижней трети желудка (55,6 % наблюдений), реже — в верхней (19,8 %) и средней (16,8 %) трети, что соответствует частоте локализации опухолей по данным литературы [3]. Субтотальное или тотальное поражение органа наблюдалось в 7,8 % случаев. В 65 (8,2 %) случаях опухоль распространялась на пищевод и в 3 (0,4 %) — на двенадцатиперстную кишку. По степени распространенности первичной опухоли больные распределялись следующим образом: T1 — 57 (7,2 %), T2 — 120 (15,2 %), T3 — 371 (47 %), T4 — 241 (30,6 %) случаев. Поражение регионарных лимфоузлов разной степени наблюдалось у 429 (54,4 %), отдаленные метастазы — у 79 (10 %) пациентов. Стадия IA опухолевого процесса была установлена у 55 (7 %), IB — у 78 (9,9 %), II — у 190 (24,1 %), IIIA — у 204 (25,9 %), IIIB — у 144 (18,2 %) и IV — у 118 (14,9 %) больных. Выявленная стадийность опухолевого процесса у пациентов Гомельской области, значительно различается с выявляемой стадийностью в других странах: так, в Японии на I стадии выявляют около 50 % всех злокачественных опухолей желудка [2], в России на I стадию — приходится около 3 % [1].

Полиповидная форма опухоли наблюдалась в 22 (2,8 %), блюдцеобразная — в 206 (26,1 %), инфильтративно-язвенная — в 194 (24,6 %), диффузно-инфильтративная — в 9 (1,1 %) случаях. У 358 (45,4 %) пациентов макроскопическая форма опухоли не уточнена. Наиболее частой гистологической формой была аденокарцинома — 442 (62,2 %) случая, в том числе у 355 (45 %) пациентов — тубулярная, у 126 (16 %) — перстневидноклеточная, у 5 (0,6 %) — папиллярная, у 5 (0,6 %) — муцинозная. Реже выявлялись низкодифференцированный — у 183 (23,3 %), недифференцированный — у 8 (1 %), плоскоклеточный — у 8 (1 %), железисто-плоскоклеточный рак — у 35 (4,4 %), карциноидная опухоль — у 6 (0,8 %), лейомиосаркома — у 9 (1,1 %). В 49 (6,2 %) случаях гистологический тип опухоли не уточнен. Исходя из полученных данных, на себя обращает внимание встречаемость редко выявляемых при раке желудка гистологических форм, таких как плоскоклеточный и железисто-плоскоклеточный рак, которые у жителей Гомельской области верифицируются относительно чаще, нежели у жителей других стран [3]. Высокодифференцированные (G1) формы опухолей зафиксированы у 61 (7,7 %) больного, умереннодифференцированные (G2) — у 181 (22,9 %), низкодифференцированные (G3) — у 543 (68,9 %) и недифференцированные (G4) — у 4 (0,5 %). Высоко- и умереннодифференцированные формы опухолей при III–IV стадиях наблюдались реже (106 из 457 случаев, 23,2 %), чем при I–II стадиях (136 из 323 случаев, 42,1 %;  $\chi^2 = 31,6$ ,  $P < 0,001$ ), что отражает явление опухолевой прогрессии.

### **Выводы**

1. Полученные данные свидетельствуют о преобладании у большинства пациентов, перенесших радикальные и условно-радикальные операции, распространенных форм опухолей желудка (III–IV стадии составили 59 % случаев). Необходима разработка комплекса мер по повышению эффективности диагностики данной патологии.

2. Среди различных гистологических форм опухолей злокачественных опухолей желудка преобладали эпителиальные, т. е. рак желудка различной степени дифференцировки, подавляющее большинство которых представлены аденокарциномой. В то же время для опухолей верхней трети желудка, в том числе с переходом на пищевод, характерен относительно высокий удельный вес (3,8 %) плоскоклеточного рака.

### **Литература**

1. Мерабишвили, В. М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне / В. М. Мерабишвили // *Практическая онкология*. — 2001. — № 3 (7). — С. 3–8.
2. Онкология / Под ред. Д. Касчато; пер. с англ. — М.: Практика, 2008. — С. 276–284.
3. Пальцев, М. А. Атлас патологии опухолей человека / М. А. Пальцев; под ред. М. А. Пальцева. — М.: Медицина, 2005. — С. 205–211.
4. Степанов, И. В. Клинико-морфологические и молекулярно-генетические особенности интестинального и диффузного типов карцином желудка / И. В. Степанов // *Сибирский онкологический журнал*. — № 4 (40). — 2010. — С. 55–66.
5. Янкин, А. В. Скрининг рака желудка / А. В. Янкин // *Практическая онкология*. — 2010. — Т. 11, № 2. — С. 96–100.