



# ВЕСТНИК

Московского  
Онкологического  
Общества

**ПОВЫШЕНИЕ – 8-9-КРАТНОЕ (!)  
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ  
СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ –  
ВЕСОМЫЙ ПОВОД ДЛЯ СОВМЕСТНОЙ ВСТРЕЧИ  
ОНКОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ**

**Интернет:** [www.cancercenter.ru](http://www.cancercenter.ru) ([ronc.ru](http://ronc.ru)) // [www.rosoncweb.ru](http://www.rosoncweb.ru) // [www.netoncology.ru](http://www.netoncology.ru) // [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru) // [www.oncodome.narod.ru](http://www.oncodome.narod.ru)

**№ 9+**  
**(570+)**

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.**

**2010**

**ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.**

**СЕНТЯБРЬ**

## ЗАСЕДАНИЕ № 570+

СОСТОИТСЯ В СРЕДУ, **22** СЕНТЯБРЯ 2010 г., в 17.30  
В ЗАЛЕ ЗАСЕДАНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА  
(УЛ. МОХОВАЯ, Д. 11. – АНАТОМИЧЕСКИЙ КОРПУС ПЕРВОГО МОСКОВСКОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА им. И.М.СЕЧЕНОВА)

**Председатели:** проф. А.И.Пачес, академик РАМН, проф. Н.А.Мухин

**ПОВЕСТКА ДНЯ:** **ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ  
ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС**

**Доклад:**

**СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИБС  
В ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ**  
Шестопалова И.М., Герасимов С.С., Давыдов М.И.  
(РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

*Первое совместное заседание обществ онкологов и терапевтов*



## **ВАРИАНТ ЭТАЛОНА НАУЧНОЙ ПЕЧАТИ**

Специалисты-онкологи с 1994 г. получают сведения о своем профессиональном сообществе со страниц информационного бюллетеня «Вестник». Он стал одним из, пока немногих, изданий медицинских обществ. В этом ряду научной печати выделяется «Московский доктор» – газета столичного общества терапевтов. Знакомство с ней представляет несомненный интерес.

Кроме традиционных публикаций – протоколов научных заседаний, анонсов различных форумов, аннотаций книг и рецензий на них – издание насыщено познавательными материалами об опросах специалистов и новостях из мира медицины. Так, например, впечатляет изучение проблемы: «Следует ли допускать пациентов к описаниям результатов исследований?» «Нецелесооб-

разно! – единодушно отмечено в анкетах медиков – Не разобравшись в заключениях они проявляют массовое беспокойство, а затем перегружают своих лечащих врачей просьбами разъяснить прочитанное»...

Отличительной особенностью «Московского доктора» также являются многочисленные публикации (в том числе – критической направленности!) статей и репортажей на общественно-исторические и политические темы, содержащие значительный объем новых, интересных сведений.

Годовая подписка на «Московский доктор» соответствует всего лишь двумстам рублям. Подробности, как и полная версия газеты, представлены в интернете: <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>.

Программа заседаний Московского городского научного общества терапевтов публикуется на сайте: <http://www.zdrav.net>.

**ТРУДЫ**

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



## Рефераты сообщений:

**PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY №570+ (September 22, 2010)****SURGERY FOR THORACIC AND ABDOMINAL MALIGNANCIES  
IN PATIENTS WITH ISHAEMIC HEART DISEASE**

**Report-1:** THE MANAGEMENT OF ISHAEMIC HEART DISEASE IN THORACIC AND ABDOMINAL SURGICAL ONCOLOGY. By Prof. I.Shestopalova, Dr. S.Gerasimov, Prof. M.Davydov (The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

**Доклад:****СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИБС  
В ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ**

Шестопалова И.М., Герасимов С.С., Давыдов М.И.

(РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Вопросы своевременной диагностики и лечения ишемии миокарда решены далеко не в полном объеме. Отсутствие в литературе 1990-х – 2000-х гг., за редким исключением [Акчуринов Р.С., Брандт Я.Б., Давыдов М.И., Mikata S., Morris D., Shimada Y.], публикаций успешного опыта онкохирургии при сопутствующей ИБС обуславливает актуальность дальнейших исследований в целях оценки факторов риска, их модификации (снижения); своевременного выявления безболевого ишемии миокарда; оптимизации лечения ИБС и коморбидных состояний; снижения частоты послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений.

Показатель 1-летней выживаемости больных злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации при сопутствующей ИБС определяется, в том числе, значительным (до 95%) индексом летальности онкологических заболеваний [Аксель Е.М., Давыдов М.И.; 2007; 2009] и летальностью вследствие ИБС (2%) [Оганов Р.Г., 2006]. Ожидаемый расчетный показатель продолжительности жизни больных сочетанной (конкурирующей) патологией составляет не более, чем 3-13%. В общем виде:  $8,0 \pm 5,0\%$ .

Представляется возможным предотвратить терапевтические (кардиологические) осложнения и тем самым улучшить результаты хирургических вмешательств. Выполнение радикальных операций по поводу злокачественных опухолей, наряду с эффективной диагностикой и терапией ИБС, позволит улучшить результаты лечения сочетанной онкологической и кардиологической патологии.

**ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕТОДОВ***1. Характеристика злокачественных новообразований торако-абдоминальной локализации*

Изучены сведения о 500 больных, оперированных в РОНЦ в 2002-2008 гг. по поводу злокачественных новообразований торако-абдоминальной локализации. Среди 500 оперированных – 394 (78,7%) мужчины и 106 (21,3%) женщин; в возрасте от 43 до 83 лет, средний возраст –  $63,0 \pm 9,1$  года. Радикальные операции выполнены в объеме резекции/удаления пищевода (79; 15,8%), желудка (108; 21,6%), толстой кишки (47; 9,4%), легкого (239; 47,8%; 129 лобэктомий/клиновидных резекций и 110 пневмонэктомий). Оперированы больные преимущественно по поводу местнораспространенных злокачественных новообразований (частота I стадии соответствовала 15,4%; II стадии – 27,8%; III стадии – 45,0%; IV стадии – 6,4%). Распространенность опухолей, в стадиях *pTNM*, определена по Классификации *UICC V-VI* издания 1997 и 2002 гг. (табл. 1).

Таблица 1.

Распространенность опухолевого процесса в анализируемых наблюдениях

	Число наблюдений	Стадия I	Стадия II	Стадия III	Стадия IV
Рак легкого	239 – 47,8%	61 – 25,5%	72 – 30,2%	100 – 41,8%	6 – 2,5%
Рак пищевода	79 – 15,8%	3 – 3,8%	25 – 31,6%	44 – 55,7%	7 – 8,9%
Рак желудка	108 – 21,6%	9 – 8,3%	27 – 25,0%	58 – 53,7%	14 – 13,0%
Рак толстой кишки	47 – 9,4%	4 – 8,5%	15 – 31,9%	23 – 48,9%	5 – 10,7%
Легочные метастазы	27 – 5,4%	–	–	–	–
Всего	500 – 100%	77 – 15,4%	139 – 27,8%	225 – 45,0%	32 – 6,4%

Частота I-II стадий у больных первичными опухолями составила 43,2%, III-IV – 51,4%. Случаи распространенных новообразований (III-IV стадий) наблюдались при раке легкого (106/239; 44,3%), пищевода (51/79; 64,6%), желудка (72/108; 66,7%), толстой кишки (28/47; 59,6%). Несмотря на значительную распространенность опухоли и отягощенное соматическое состояние, в том числе тяжелой ишемической болезнью сердца, показания к хирургическому лечению устанавливались без существенных ограничений. Согласно протоколам операций 267 (53,2%) хирургических вмешательств были комбинированными, 456 (90,8%) – расширенными.

Дополнительная лучевая и химиотерапия, в плане комбинированного лечения, проведены 38 (7,4%) пациентам. Неoadьювантная химиотерапия с преимущественным назначением схем, содержащих препараты платины, проведена 27 (10,8%) больным немелкоклеточным раком легкого. Дополнительная лучевая терапия проведена 11 (24,1%) больным колоректальным раком в суммарной дозе 30-40 Гр.

## 2. Характеристика сопутствующей ИБС

В анализируемой группе из 500 больных отмечена сердечно-сосудистая патология, ассоциированная с высокой летальностью (табл. 2).

Таблица 2.

Характеристика сопутствующей ИБС и коморбидных состояний у 500 больных злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации

Сопутствующие заболевания	Число наблюдений
Бессимптомная ИБС	254 – 50,8%
Стенокардия напряжения	246 – 49,2%
Постинфарктный кардиосклероз	97 – 19,3%
Цереброваскулярная болезнь	98 – 19,6%
Значимые нарушения ритма	54 – 10,8%
Реваскуляризация миокарда в анамнезе	13 – 2,6%
Артериальная гипертензия	175 – 35,0%
Хроническая обструктивная болезнь легких	190 – 38,0%
Нарушение углеводного обмена	180 – 36,0%
Хроническая сердечная недостаточность	89 – 17,8%
Хроническая дыхательная недостаточность	78 – 15,6%
Хроническая почечная недостаточность	5 – 0,01%

Преобладали пожилые люди (66,0%), нередко курильщики (39,8%), пациенты с избыточной массой тела (39,5%), артериальной гипертензией (35,0%), нарушениями углеводного (36,0%) и липидного обмена (25,0%). В 10,0% случаев у больных ИБС с избыточной массой тела, ведущих малоподвижный образ жизни, злоупотребляющих высококалорийной пищей или алкоголем, диагностировался метаболический синдром. Кроме того, выявлялась высокая частота прогностически неблагоприятных вариантов ишемической болезни сердца: постинфарктного кардиосклероза (19,3%), нарушений ритма (10,8%). Операции по реваскуляризации миокарда в связи с тяжелой ИБС (стентирование/аортокоронарное шунтирование) выполнены в сроки более 6 месяцев до выявления злокачественного новообразования 2,6% больным. По поводу цереброваскулярной болезни наблюдались 19,6% пациентов. Течение сопутствующей ИБС в 17,8% случаев осложнялось хронической сердечной недостаточностью, причем у каждого второго такого больного диагностировалась прогностически неблагоприятная II стадия ХСН с выраженным нарушением диастолической функции левого желудочка. Обращает внимание тот факт, что среди 500 анализируемых случаев ХОБЛ выявлялась у трети (190; 38,0%) пациентов. В структуре ХОБЛ случаи среднетяжелого и тяжелого течения составили 41,1%, дыхательной недостаточности – 15,6%. Диагностировались единичные случаи хронической почечной недостаточности (0,01%).

Таким образом, анализируемая группа больных характеризовалась прогностически неблагоприятной ИБС, сопряженной с риском послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений (нарастанием тяжести сердечной недостаточности, развитием инфаркта миокарда и высокой вероятностью летального исхода).

## АЛГОРИТМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА; ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВЕРОЯТНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

1. Алгоритм диагностики ИБС. Алгоритм предоперационной диагностики ишемической болезни сердца предусматривал три последовательных этапа обследования.

*Первый этап* – предварительная диагностика ИБС. Она проводилась на основании осмотра, опроса, антропометрических измерений и лабораторных исследований. Выявление специфических жалоб, клинических проявлений ишемии миокарда, традиционных факторов сердечно-сосудистого риска – все это определяло объем дальнейшего обследования и увеличивало частоту выявления ИБС.

*Второй этап* – обязательная диагностика ИБС. Она предусматривала проведение электрокардиографического исследования, при котором определялись признаки, выявляющие и/или подтверждающие ИБС. Кроме того, назначалась спирометрия, при которой оценивалась вентиляционная функция легких как фактор риска вероятных послеоперационных сердечно-сосудистых и респираторных осложнений.

*Третий этап* – дополнительная диагностика ИБС (неинвазивная и инвазивная). К неинвазивным методам исследований относились трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ), ЭКГ-пробы с физической нагрузкой (тредмил-тест, велоэргометрия, спироэргометрия). По показаниям назначалось амбулаторное (холтеровское) ЭКГ-мониторирование. Диагностика сердечной недостаточности проводилась с применением клинических (ШОКС, 6МТХ) и функциональных методов исследования (ЭхоКГ, спироэргометрия).

Кроме того, сердечная недостаточность выявлялась методом определения циркулирующего плазменного маркера *NT-proBNP*\*). Выяснение причин дыхательной недостаточности осуществлялось исследованием вентиляционной и диффузионной функции легких, степень гипоксии определялась при пульсоксиметрии и измерении газов крови. Неинвазивные диагностические методы позволяли оценить тяжесть ИБС, выявить сопутствующие заболевания органов дыхания и кровообращения, оценить выраженность их клинических проявлений, включая осложнения, которые проявляются развитием легочной и сердечной недостаточности. По показаниям выполнялись инвазивные методы исследования, прежде всего – коронароангиография, которая являясь «золотым стандартом» не только диагностики, но и лечения коронарных стенозов, позволяла одновременно с выявлением причины ИБС добиваться ее устранения стентированием или баллонной ангиопластикой.

Представляет интерес непропорциональность диагностики ИБС соответственно указанным этапам алгоритма. Из 500 анализируемых наблюдений в каждом втором случае (49,2%) диагноз устанавливался на основании тщательной предварительной оценки, что отражало приоритет клинической диагностики и анамнестических данных. Еще до 9,0% случаев ИБС выявлялось при обязательных исследованиях, что указывало на ограниченные возможности традиционной ЭКГ покоя. Таким образом, до 58,2% случаев ИБС определялось методами стандартной диагностики сопутствующей патологии сердца. Дополнительное тестирование выявляло остальные 41,8% ИБС, не распознанных обычными методами, что подтверждало необходимость применения всего современного арсенала диагностики ишемии миокарда.

2. *Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений.* В процессе обследования, наряду с диагностикой ИБС решалась не менее важная задача – выявление факторов риска вероятных послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений. То есть, информация, полученная с помощью предоперационных методов обследования, расценивалась не только как диагностическая, необходимая для выявления ИБС, но и как прогностическая, требуемая для оценки факторов риска послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений. Группы сравнения для оценки этих факторов риска определились из числа перенесших хирургическое вмешательство (группа I) и умерших в послеоперационном периоде (группа II) – 471 и 29 наблюдений, соответственно.

Для определения риска послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений изучены 25 факторов. Среди них – как выявившиеся при расспросе, физикальном осмотре и знакомстве с медицинской документацией: курение (более 10 сигарет в день); артериальная гипертония (уровень АД >145/95 мм рт. ст.); избыточная масса тела или ожирение (индекс массы тела более 25,0 кг/м<sup>2</sup>); возраст более 60 лет; нарушения углеводного обмена (глюкоза  $\geq 7,0$  ммоль/л, гликированный гемоглобин  $\geq 6,5\%$  или прием сахароснижающего препарата); дислипидемия (общий холестерин >5,2 ммоль/л и/или прием гиполипидемического препарата), так и проявившиеся по результатам обследования в виде электрокардиографических признаков очагового кардиосклероза, нарушений ритма и проводимости, депрессии сегмента ST, ЭКГ-признаков гипертрофии миокарда, вентиляционной дисфункции, а также – как критические стенозы коронарных артерий, ХСН, ДН, ХОБЛ.

Оценка факторов риска сердечно-сосудистых осложнений по критерию  $\chi^2$  определена в группах I и II при статистическом анализе по 25 параметрам. Наибольшее влияние на результаты лечения оказал фактор тяжести ХСН по данным ЭКГ-проб с физической нагрузкой (спироэргометрии) ( $\chi^2=16,6$ ;  $p<0,001$ ). Гипертрофия миокарда левого желудочка определяемая по индексу массы миокарда левого желудочка также являлась фактором риска послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений ( $\chi^2=10,5$ ;  $p<0,01$ ). Существенное воздействие на результаты лечения оказывала вариабельность ритма сердца, оцениваемая при суточном ЭКГ-мониторировании ( $\chi^2=9,6$ ;  $p<0,01$ ). Такие традиционные факторы риска как дислипидемия, артериальная гипертония и психосоциальные, также оказывали неблагоприятное влияние на непосредственные результаты ( $\chi^2=6,4$ ; 4,7; 4,2; соответственно,  $p<0,05$ ). Значимым ( $p<0,05$ ) для течения послеоперационного периода оказался и функциональный класс ИБС (МЕТ), определявшийся при выполнении тредмил-теста ( $\chi^2=4,0$ ;  $p<0,05$ ).

Уточнение риска сердечно-сосудистых осложнений при однофакторном анализе показало 7 факторов, достоверно ( $p<0,001$ ) влиявших на непосредственные результаты хирургического лечения: функциональный класс ХСН, определявшийся по уровню газообмена ( $VO_2max$ ) при нагрузке ( $\chi^2=45,1$ ); гипертрофия миокарда левого желудочка, диагностировавшаяся по данным эхокардиографии ( $\chi^2=42,7$ ); функциональный класс ИБС ( $\chi^2=15,5$ ; 3,9;  $p<0,001$ ); степень артериальной гипертонии ( $\chi^2=17,2$ ;  $p<0,001$ ), а также снижение вариабельности ритма сердца, психосоциальные факторы, дислипидемия ( $\chi^2=6,2$ ; 5,5; 4,3;  $p<0,05$ ). Уточнение риска сердечно-сосудистых осложнений при многофакторном анализе подтвердило безусловное прогностическое влияние таких факторов как функциональный класс сердечной недостаточности ( $VO_2max$ ) ( $\chi^2=26,9$ ;  $p<0,001$ ); масса миокарда левого желудочка ( $\chi^2=19,6$ ;  $p<0,001$ ); функциональный класс ИБС; МЕТ ( $\chi^2=17,5$ ;  $p<0,001$ ). Среди традиционных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений значимо влияла на течение послеоперационного периода степень артериальной гипертонии ( $\chi^2=6,7$ ;  $p<0,01$ ).

\*) Определение плазменного кардиомаркера *NTproBNP* существенно дополняет результаты обследования: предоперационный показатель *NTproBNP* составлял  $361,3 \pm 50,4$  пг/мл, послеоперационный –  $2761,3 \pm 697,3$  пг/мл. Очевидно, повышение маркера более чем в 7 раз свидетельствовало о нарастании тяжести СН в раннем послеоперационном периоде. Повышенный уровень *NTproBNP* отражал развитие послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений. Прогностическая ценность кардиомаркера состояла в том, что периоперационные значения *NTproBNP*  $252,0 \pm 27,3$  и  $700,7 \pm 96,4$  пг/мл соответствовали неосложненному течению послеоперационного периода. Повышение маркера с  $318,2 \pm 62,4$  до  $1953,4 \pm 276,3$  пг/мл соответствовало началу сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, декомпенсация сердечной недостаточности). Возрастание показателя с  $510,3 \pm 71,4$  до  $4839,6 \pm 409,7$  пг/мл было сопряжено с риском летального исхода.

Очевидны совпадения между клиническими представлениями о значимости фактора и математическим результатом оценки характеристик предоперационного клинико-функционального обследования. Статистический анализ подтверждает преимущественное влияние тяжести сопутствующей сердечно-сосудистой патологии на результаты лечения. Поэтому совершенствование терапевтической подготовки больных сопутствующей ИБС сопряжено с наибольшими возможностями улучшения результатов хирургического лечения.

### ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ К ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС

По результатам предоперационного обследования только в 11,8% случаев оказалось достаточным проведение стандартной предоперационной терапии ИБС. У остальных пациентов требовались изменения в предоперационной подготовке в связи с осложнениями сопутствующей ИБС и наличием коморбидных состояний. По показаниям в 54 (10,8%) случаях требовалась нормализация сердечного ритма, в 44 (8,8%) – хирургическое устранение тяжелой ИБС, в 89 (17,8%) – лечение сердечной недостаточности, в 128 (25,6%) требовалось достижение целевого уровня артериального давления, в 78 (15,6%) – терапия респираторных нарушений, в 49 (9,8%) – коррекция метаболического синдрома. При этом комплекс лечебных мероприятий дополнялся рациональной психотерапией в 16,4% случаев.

1. *Стандарт предоперационной подготовки* и последующего лечения больных злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации при сопутствующей ИБС, кроме особых случаев (кровотечение, высокая артериальная гипертензия III степени и др.) предусматривал назначение трехкомпонентной медикаментозной терапии для снижения риска сердечно-сосудистых осложнений: ацетилсалициловая кислота (АСК 100,0 мг/сут), статин (розувастатин в дозе 10,0-20,0 мг/сут) и бета-адреноблокатор (метопролол сукцинат 50,0-100,0 мг/сут).

Такие клинические эффекты как стабилизация клинического состояния больных ИБС (ФК ИБС, по ССС), нормализация частоты сердечных сокращений и уровня артериального давления, а также нормальные показатели функции левого желудочка, позволяют рекомендовать вышеуказанную стандартную трехкомпонентную терапию в качестве оптимальной предоперационной подготовки при сопутствующей ИБС I-II ФК. Подготовка в течение 14 суток до операции, а также продолжение лечения в течение 30 суток после хирургических вмешательств, дополненные коррекцией осложнений и коморбидных состояний, позволили, при непосредственной летальности 5,8%, благополучно оперировать 94,2% онкологических больных.

2. *Нормализация нарушений сердечного ритма* на предоперационном этапе основывалась на оценке опасности аритмий для жизни.

При бессимптомных предсердных и редких желудочковых экстрасистолах специальная противоритмическая терапия не проводилась. Проведение специфической антиаритмической и антикоагулянтной терапии требовалось 49 (19,8%) больным с опасными для жизни наджелудочковыми нарушениями ритма. На предоперационном этапе лечение проводилось не менее 14 дней, в раннем послеоперационном периоде терапия этими же препаратами возобновлялась и в течение 30 дней после хирургического вмешательства продолжалась профилактика нарушений сердечного ритма.

При выявлении фибрилляции предсердий (ФП) схема лекарственной предоперационной подготовки определялась в зависимости от формы ФП (постоянной или пароксизмальной), а также степени риска тромбоэмболических осложнений. Антиаритмическая терапия (дигоксин 0,25 мг/сут и атенолол 50,0 мг/сут) при постоянной ФП назначалась 14 больным для лекарственного контроля за частотой желудочковых сокращений. При пароксизмальной форме ФП проводилась антиаритмическая терапия амиодароном и соталолом в группах из 17 и 18 пациентов для профилактики рецидивов ФП и контроля синусового ритма. Отмечена значимая эффективность амиодарона в сравнении с соталолом, которая составила 94,1 и 66,7% ( $p < 0,05$ ), соответственно. При назначении амиодарона в послеоперационном периоде эпизоды фибрилляции предсердий выявлялись реже в сравнении с соталолом ( $\chi^2 = 4,1$ ;  $p < 0,05$ ) и не приводили к летальным исходам. Это связывается с достоверным преимуществом амиодарона в снижении частоты сердечных сокращений с  $81,5 \pm 1,4$  до  $75,8 \pm 2,0$  в мин ( $p < 0,01$ ), увеличении интервала  $QTc$  на ЭКГ покоя с  $428,7 \pm 10,7$  до  $449,2 \pm 10,6$  мс ( $p < 0,05$ ).

Антикоагулянтная терапия назначалась вне зависимости от формы фибрилляции предсердий, но при отсутствии угрозы кровотечения и при наличии факторов риска тромбоэмболических осложнений: возраст более 65 лет; артериальная гипертензия; хроническая сердечная недостаточность; увеличение размеров левого предсердия; нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда в анамнезе; сахарный диабет. Для профилактики тромбоэмболических осложнений применялись антиагреганты (АСК 100 мг/сут) или непрямые антикоагулянты (варфарин). Во время лечения антикоагулянтами *per os* максимальная защита от тромбоэмболических осложнений достигалась при значении международного нормализованного отношения (МНО) в пределах  $2,0 \leq \text{МНО} \leq 3,0$ .

3. *Лечение тяжелой ИБС (III-IV функционального класса)* проводилось 44 (8,8%) больным. Из них медикаментозное лечение назначалось в 20 случаях, хирургическое – в 24. Проводилась «максимальная антиангинальная медикаментозная терапия»: нитрат (изосорбид-5-мононитрат 50,0 мг/сут), бета-адреноблокатор (метопролол сукцинат 50,0 мг/сут), статин (розувастатин 10,0 мг/сут) и антитромбоцитарный препарат (АСК 100,0 мг/сут).

На предоперационном этапе длительность лечения составляла не менее 14 дней, в раннем послеоперационном периоде терапия возобновлялась, ее эффект оценивался через 30 дней.

Альтернативные хирургические методы – стентирование коронарных артерий (7) или коронарное шунтирование (17) применялись до начала хирургического лечения злокачественных новообразований, в связи со «значимыми стенозами» коронарных артерий в процессе коронароангиографии или после этого исследования у пациентов с прогрессирующей либо впервые выявленной ИБС. Срок между реваскуляризацией миокарда и онкологической операцией составлял не менее 4-6 недель.

Одним из параметров, определяющих эффективность анализируемых методов лечения, является функциональный класс ИБС. Так, в группе медикаментозного лечения в послеоперационном периоде не наблюдалось изменения функционального класса (тяжести) ИБС. У больных, перенесших профилактическую реваскуляризацию миокарда, в эти же сроки отмечалась тенденция к улучшению функционального состояния и снижению функционального класса ИБС ( $p > 0,05$ ). Большая эффективность хирургической реваскуляризации показана также в характеристиках систолической (ФВ ЛЖ) и диастолической ( $VE/VA$ ;  $IVRT$ ;  $DT$ ) функции левого желудочка, функционального класса ИБС, в оценках выраженности ХСН по ШОКС и результатам 6-минутного теста ходьбы (6-МТХ).

Преимущество профилактической реваскуляризации в сравнении с медикаментозным лечением тяжелой ИБС определено по частоте неблагоприятных непосредственных исходов онкохирургических вмешательств в анализируемых группах: 1/24 (4,2%) и 2/20 (10,0%) больных. Хирургическое лечение тяжелой ИБС не ухудшало непосредственных результатов онкохирургических вмешательств. Риск реваскуляризации миокарда оправдан ожидаемым улучшением кровоснабжения сердечной мышцы, профилактикой сердечной недостаточности и, соответственно, возможностью перенести хирургическое вмешательство по поводу онкологического заболевания. Поскольку опыт РОНЦ подтверждает продление жизни оперированных больных независимо от стадии заболевания, успехи в онкохирургии обосновывают целесообразность и радикального улучшения кардиологического статуса пациентов. Это составляет одно из основных положений стратегии лечения больных конкурирующей ИБС, поскольку реваскуляризация сердечной мышцы обладает потенциально большими возможностями устранения ишемии, способствует продлению жизни, улучшению ее качества. Кроме того, в случае прогрессирования онкологического заболевания, улучшение ФК ИБС обеспечивает возможность проведения лучевой и химиотерапии.

Таким образом, анализ материалов позволяет утверждать, что внедрение реваскуляризации миокарда в практику лечения контингента больных с тяжелой ИБС является реальным условием улучшения результатов лечения больных сочетанной кардиологической и онкологической патологией. Эффективность предварительной реваскуляризации миокарда, сравнительно с медикаментозной терапией ( $p < 0,05$ ), подтверждена отсутствием послеоперационной декомпенсации сердечной недостаточности в 91,7 и 60,0% случаев, соответственно.

4. Подготовка 89 (17,8%) больных при хронической сердечной недостаточности предусматривала кроме рекомендаций по изменению образа жизни (диета с ограничением соли и алкоголя; дозированная физическая активность; психологическая реабилитация) медикаментозную терапию с доказанной эффективностью в отношении клинических проявлений, качества жизни и прогноза.

Для профилактики и устранения клинических проявлений ХСН (одышка, периферические отеки, гепатомегалия) назначались препараты так называемой оптимальной терапии, – ингибитор АПФ (периндоприл 4,0 мг/сут), бета-адреноблокатор (бисопролол с замедленным высвобождением 2,5- 5,0 мг/сут). При застойной сердечной недостаточности лечение дополнялось дегидратационной терапией (гипотиазид 25,0 мг/сут). Оценка эффективности лечения подтверждена по характеристикам субъективного (ФК ХСН) и объективного (ШОКС, 6МТХ) состояний при ХСН, гемодинамическим показателям (САД; ДАД; ЧСС), систолической функции левого желудочка (ФВ ЛЖ), а также параметрам трансмитрального диастолического потока ( $IVRT$ ;  $DT$ ;  $VE/VA$ ).

5. Нормализация артериального давления при II-III степени гипертензии предусматривала усиление стандартной терапии гипотензивными препаратами различного механизма действия: у 59 пациентов I группы бета-адреноблокатор назначался вместе с блокатором кальциевых каналов длительного действия (БКК) (амлодипин 5,0 мг/сут), у 67 II группы – с ингибитором АПФ (иАПФ) (престариум 2,0-4,0 мг/сут). Стандартная предоперационная терапия ИБС проводилась бета-адреноблокатором (метопролол сукцинат 25,0-50,0 мг/сут), статином (розувостатин 10 мг/сут) и антиромбоцитарным (АСК 100 мг/сут) препаратом. При высокой артериальной гипертензии III степени АСК не назначалась из-за риска геморрагических инсультов. Оценка результатов лечения различными схемами гипотензивных препаратов показала улучшение гемодинамических и метаболических показателей.

6. Комплексная терапия метаболического синдрома при ИБС позволяла в короткие сроки подготовить пациентов к операции и успешно выполнить хирургическое вмешательство. Сочетание препаратов разного механизма действия приводило к значимому и быстрому благоприятному клиническому эффекту и сопровождалось послеоперационными сердечно-сосудистыми осложнениями лишь в 8,0% случаев. Этому способствовало применение метаболически нейтральных с органопротективным эффектом гипотензивных препаратов (эналаприл 10,0-20,0 мг/сут, амлодипин 5,0-10,0 мг/сут). Оценка результатов лечения проводилась по параметрам САД, ДАД, индексу массы тела, уровню гликемии, показателям липидограммы (холестерин, триглицериды).

7. Лечение при ХОБЛ предусматривало антиангинальную (верапамил 120,0-240,0 мг/сут; розувостатин 10,0-20,0 мг/сут, АСК 100,0 мг/сут) и непрерывную комбинированную бронхолитическую терапию (сальметерол 25,0 мкг/сут, тиотропий бромид 18,0 мкг/сут, флутиказон 50,0 мкг/сут). Эффективность терапии подтверждена оценкой параметров функции внешнего дыхания ( $FEV_1$ ;  $VC$ ;  $FVC$ ), тяжести одышки по шкале Борга, динамикой САД, ДАД, ЧСС, ФВ ЛЖ, ФК ИБС.

8. Коррекция тревожно-депрессивного состояния проводилась рациональной психотерапией. Это предусматривало индивидуальное и групповое общение с психологом для создания должного эмоционального состояния, которое достигалось «комбинацией релаксационных и аутоэргических техник с поддержкой аудиальной модальности восприятия специальными музыкальными композициями и звуками». Сравнение эффективности психологической адаптации к стрессам проводилось в группах из 84 (16,8%) и 80 (16,0%) больных. Пациентам первой группы организовывались сеансы психологической коррекции до операции; пациентам второй группы осуществлялась диагностика стресс-индуцированных состояний без психологического воздействия. Предоперационная психологическая коррекция оказалась эффективной для снижения уровня тревоги ( $\chi^2=3,9$ ;  $p<0,05$ ). Среди пациентов группы психологической коррекции отмечена меньшая частота сердечно-сосудистых осложнений (5/84, 6,0%) ( $\chi^2=6,9$ ;  $p<0,01$ ), что подтверждает эффективность занятий с профессиональным психологом в целях коррекции тревожно-депрессивного состояния.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС

*Непосредственная летальность, ее «хирургические» и «терапевтические» причины.*

*Хирургические осложнения* выявлены у 41 оперированного (8,2%). Их частота определена по отношению к числу соответствующих операций. Среди осложнений диагностированы кровотечения (16/500; 3,2%), несостоятельность культи бронха (1/266; 0,4%); поддиафрагмальные абсцессы (4/234; 1,7%), проявления кишечной (спаечной) непроходимости (4/234; 1,7%), несостоятельность толстокишечных анастомозов (2/47; 4,3%). Хирургические осложнения устранялись при экстренных операциях, в том числе с применением торако- и/или лапароскопии, при дренировании гнойных полостей под контролем средств визуализации, др. Летальных исходов от хирургических осложнений не отмечено (0,0±8,9%).

*Терапевтические осложнения* диагностированы у 71 (14,2%) пациента. Они обуславливались сердечно-сосудистыми и респираторными осложнениями. Терапевтические осложнения возникали чаще по сравнению с хирургическими ( $p<0,01$ ). В послеоперационном периоде диагностированы инфаркты миокарда (31; 6,2%), нарушения ритма (18; 3,4%); тромбоэмболии легочной артерии и ее ветвей (12; 2,4%); острая послеоперационная сердечная недостаточность (7; 1,4%); нарушения мозгового кровообращения (3; 0,6%). Пневмония (26; 5,2%) и острая послеоперационная дыхательная недостаточность (6; 1,2%) развивались у больных с состоявшимися сердечно-сосудистыми осложнениями. Летальность вследствие терапевтических осложнений (она же общая летальность) составляла 29/500 (5,8%). Необходимо подчеркнуть, что во всех этих случаях причинами летальных исходов стали послеоперационные сердечно-сосудистые осложнения. Из 29 летальных исходов 21 (4,2%) был обусловлен ИБС, что определяется как кардиальная летальность вследствие фатального инфаркта миокарда (16; 3,2%); острой сердечной недостаточности (4; 0,8%); нарушений ритма сердца (1; 0,2%). В остальных 8 (1,6%) случаях летальный исход наступил из-за тромбоэмболии легочной артерии и ее ветвей (5; 1,0%), нарушений мозгового кровообращения (3; 0,6%). Таким образом, ведущей причиной летальности являлась ИБС и ее осложнения.

*Продолжительность жизни после хирургического лечения по поводу злокачественных новообразований торако-абдоминальной локализации при сопутствующей ИБС.* Как показано выше, число больных, которые могли бы пережить 1-летний срок, несмотря на два сочетанных заболевания – онкологическое и кардиологическое, определяется не более чем 8,0±5,0%. Возросшие возможности радикального хирургического лечения, реанимационно-анестезиологического обеспечения и терапевтической подготовки позволили существенно превзойти вышеуказанный показатель. Так, из 500 больных 99 (19,8%) умерли в течение первого года после операции, 214 (42,8%) пережили контрольный 1-летний срок; при этом остальные 187 (37,4%) расценивались как выбывшие. Таким образом, без учета выбывших, 1-летняя выживаемость соответствовала 214/(500-187) – 68,4%; т.е.,кратно превосходила выживаемость, рассчитанную согласно индексам летальности онкологического и сопутствующего кардиологического заболеваний.

Следует отметить, что фактические показатели 3-5-летней продолжительности жизни без учета выбывших определялись из соотношения 18/(500-350) и 1/(500-366). Таким образом, фактическая 3-5-летняя выживаемость соответствовала 12,0 и 0,4%. Показатель 1-летней выживаемости и прогноз 3-5-летней продолжительности жизни уточнены при актуаральных расчетах по Е.Карпан-Р.Меиг (1958). Показатель 1-летней актуаральной выживаемости был определен в группе из 214/187/500 наблюдений (где 214 – число переживших 1 год, 187 – число выбывших за этот срок, 500 – число наблюдений исследования) и составил – 74,8%. Рассчитанный показатель 1-летней выживаемости реально отражал достигнутые успехи хирургического лечения при сопутствующей ИБС. Прогноз 3-5-летней продолжительности жизни в выборках из 18/350/500 и 1/366/500 наблюдений составил 28,5 и 12,9%.

Наиболее благоприятный прогноз как по фактическим, так и по актуаральным расчетам определился при раке толстой кишки (85,0 и 86,7%, соответственно). В меньшей степени удовлетворительные результаты отмечены при раке желудка (75,0; 77,8%) и раке легкого (87,4; 68,0%). Наименее эффективны результаты лечения при раке пищевода (47,9; 64,5%) и легочных метастазах (64,3; 68,0%).



*Качество жизни, возможности реабилитации больных сочетанными онкологическими и кардиологическими заболеваниями.* Как отмечено выше, первый год наблюдения пережили 214 больных. Показатель 1-летней общей выживаемости в анализируемой группе больных составил 68,4% по фактическим данным и 74,8% по результатам актуариальных расчетов. Следует отметить, что 99 летальных исходов в течение первого года наблюдения были обусловлены прогрессированием опухолевого процесса. При этом у 170 из 500 анализируемых больных через год после окончания лечения не наблюдалось проявлений ни онкологического, ни кардиологического заболеваний. Отношение  $170/(500-187) = 54,3\%$ , (без учета выбывших пациентов), определяет показатель 1-летней продолжительности жизни при отсутствии проявлений онкологического и кардиологического заболеваний, что соответствует критериям удовлетворительного качества жизни – безрецидивного, безметастатического периода опухолевого процесса и отсутствия осложнений и проявлений сопутствующей ИБС. Таким образом, каждый второй (54,3%) из числа больных сочетанными онкологическими и кардиологическими заболеваниями в результате проведенного лечения по поводу указанных страданий, переживает 1-летний срок без признаков онкологической и кардиологической патологии.

Из 214 больных, переживших 1-летний срок, у 20 (9,4%) при последующем наблюдении отмечены проявления прогрессирования опухолевого процесса, у 16 (7,5%), – нестабильное течение ИБС (острый инфаркт миокарда) и декомпенсация ХСН (признаки застойной сердечной недостаточности); а еще у 8 (3,7%) – сочетания этих недугов.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Радикальное лечение в торако-абдоминальной онкохирургии при сопутствующей ИБС по результатам лечения 500 больных возможно, несмотря на неблагоприятные показатели распространенности опухолевого процесса (III-IV стадия 51,4%) и выраженности сопутствующей патологии – значительной частоте постинфарктного кардиосклероза (19,3%), тяжелой коронарной болезни (8,8%), коморбидных состояний (35,0 – 38,0%). Алгоритм предоперационной диагностики ИБС предусматривает выявление ишемии миокарда на этапах предварительной, обязательной и дополнительной диагностики соответственно в 49,2; 9,0; 41,8% случаев. Бессимптомная (безболевая) ИБС, частота которой составляет 41,8%, выявляется лишь на этапе дополнительной диагностики в основном в результате выполнения ЭКГ-проб с физической нагрузкой.

Биохимический кардиомаркер *NTproBNP* является эффективным средством мониторинга и оптимизации терапии сердечной недостаточности (СН). Результаты многофакторного анализа позволяют характеризовать как неблагоприятные ( $p < 0,01$ ) следующие факторы риска послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений и летальных исходов: функциональный класс ХСН ( $VO_2max$ ); массу миокарда левого желудочка (ИММЛЖ); функциональный класс ИБС (МЕТ); степень артериальной гипертензии.

Предоперационная подготовка больных злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации при сопутствующей ИБС лишь в 11,8% случаев ограничивается стандартной трехкомпонентной терапией. У остальных больных она дополняется лечением, направленным на нормализацию сердечного ритма (54; 10,8%); устранение тяжелой ИБС (44; 8,8%); сердечной недостаточности (89; 17,8%); достижение целевого уровня артериального давления (128; 25,6%); улучшение респираторной функции (78; 15,6%); коррекцию метаболического синдрома (49; 9,8%). Проведение стандартной трехкомпонентной терапии ИБС, дополненной лечением осложнений и коморбидных состояний позволяет (при непосредственной общей летальности  $5,8 \pm 1,1\%$ , в том числе кардиальной летальности 3,2%), успешно выполнять операции в 94,2% случаев.

Радикальное хирургическое лечение злокачественных новообразований торако-абдоминальной локализации при адекватной терапии сопутствующей ИБС позволяет 68,4% больных пережить 1-летний срок. При этом у каждого второго пациента (54,3%) отсутствуют проявления кардиологической и онкологической патологии. Успешное лечение указанных сочетанных заболеваний предоставляет возможность достижения 3-5-летней продолжительности жизни (клинического излечения) соответственно в 25,8 и 12,9% случаев.

*«Информирую, следовательно существую!» (лат.)*



УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские онкодиспансеры; в онкологические центры государств Содружества.

Высылается также всем действительным членам Общества в Российской Федерации и за ее пределами.

Зарегистрирован (№ ПИ 77-14041 от 29.11.2002) в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Ежемесячный научный журнал. Учредитель — РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

ISSN 1728-3000  7 71 728 3 000 0	<b>Председатель Общества</b>	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское шоссе 24 (т. /+7 495/ 324-1970)
	<b>Главный редактор</b>	Сергей Михайлович ВОЛКОВ (т./+7 495/ 324-2640; 741-9265) E-mail: <a href="mailto:volkov_sm@mail.ru">volkov_sm@mail.ru</a>
	<b>Зам. главного редактора</b>	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714
	<b>Ответственный секретарь</b>	Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /+7 495/324-9464
	<b>Секретарь-референт</b>	Ираида Ивановна БЕЛЮСОВА т. /+7 495/324-11-55
<b>НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА</b> Сентябрь 2010; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 13.09.2010. Заказ 689+		