

предоперационная подготовка с повторной оценкой функциональных показателей и индивидуализацией объема операции.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 128 больных, из которых большая часть (113) были в возрасте 70—74 лет, до 79 лет оперировано только 13 и старше — всего 2 больных. Повышенные требования предоперационного отбора оказали влияние на распределение больных по группам по степени распространения опухоли: у 92 из них была I или II стадия, преобладал периферический рак (71,8 %), а при центральном у 36 % имелось поражение на уровне сегментарного бронха, у 79,7 % отмечена дыхательная недостаточность, не превышающая стадию ПА. В целом операбельность в этой возрастной группе в 1981—1986 гг. составила 38,9 %. Пневмонэктомия выполнена 21, лоб- и билобэктомия — 69, резекции доли — 20, пробные торакотомии — 18 больным. Послеоперационная летальность составила 23,8 % (7,2—5—0 % соответственно), а по всей группе больных — 8,6 %. Если в целом до 1981 г. летальность после пневмонэктомии составляла 10,3 %, в 1982—1988 гг. — 7,1 %, то увеличение ее в этой группе до 23,8 % весьма ощутимо и подчеркивает большой риск удаления легкого у больных старше 70 лет. Анализ отдаленных результатов показал, что 5-летняя продолжительность жизни после радикальных операций составила в целом 31,2 %, при отказе от операции этот срок прожили всего 6,1 %. Для сравнения: расчетная 5-летняя продолжительность жизни в этой возрастной группе составляет 72 %. Вопросы функциональной реабилитации у этих больных стоят актуальнее, чем в более молодом возрасте. Наблюдение за больными показало, что при отсутствии рецидива болезни основные показатели функций дыхания и кровообращения достигли дооперационного уровня через год.

Таким образом, оценка опыта хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого почти за 30-летний период позволяет сформулировать следующие положения:

развитие хирургии легких, анестезиологии, реаниматологии, фармакологии позволило снизить к настоящему времени послеоперационную летальность в целом почти в 7 раз (до 3,9 %). При резекции легких различных объемов она достигает минимальных величин — 1,2 %, при пневмонэктомии остается относительно высокой — 7,1 %. Дальнейшее уменьшение послеоперационной летальности, возможно, и будет определяться совершенствованием дооперационных обследований и подготовки, а также послеоперационного ведения больных;

стойкая зависимость результатов хирургического лечения от распространенности опухоли и стабилизация этих показателей за последние десятилетия, а также возможность выполнения операций разного объема у различных групп больных, с одной стороны, показывает достаточно широкие технические возможности современной хирургии рака легкого, а с другой — границы метода, определяемые биологическими свойствами опухоли;

расширение границ метода за счет внедрения экономных резекций при соответствующих показаниях и обоснованных операциях у больных со сниженными функциональными резервами и старше

70 лет, на наш взгляд, возможно и должно занять свое место в лечении рака легкого;

очевидна необходимость разработки различных вариантов математического и программного обеспечения исследований, направленных на формирование индивидуализированного прогноза с учетом современных данных всех методов исследования больного и опухоли;

изучение различных модификаций комбинированного лечения рака легкого должно занять основное место в исследованиях ближайшего будущего.

Поступила 28.12.90

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 617.55-006.04-089-002.3-07

Ю. Г. Слесарева, Е. К. Колесникова, Г. Т. Миронова, Н. П. Лютинская, Г. И. Губина, З. Р. Габуния, А. П. Борисов, Т. С. Струкина

АБСЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННЫЕ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

НИИ клинической онкологии

Радикальные онкологические операции отличаются большим объемом вмешательства. При них одномоментно удаляются зоны регионарного метастазирования, а при распространении процесса и соседние органы. Так, операции на желудке нередко сопровождаются резекцией пищевода, кишечника, удалением селезенки, резекцией поджелудочной железы и печени. При операции на кишечнике повреждаются забрюшинное пространство, малый таз. Все это делает возможным возникновение послеоперационных гнойных осложнений в брюшной полости и забрюшинном пространстве. Гнойные осложнения при операциях на желудочно-кишечном тракте составляют от 4,1 до 12,5 % [3, 6, 7]. Послеоперационная летальность от них составляет при консервативном лечении 80—100 %, а при неадекватном дренировании 48—63 % [4, 5, 10, 12]. Своевременная диагностика гнойных осложнений необходима для выработки эффективного метода их лечения. Она нередко представляет большие трудности и вызывает необходимость выработки оптимальных методов исследования и их совершенствование. На трудности диагностики при этом обращают внимание многие авторы [1, 2, 8, 11, 13].

Особые трудности возникают при локализации гнойного очага вблизи желудочно-кишечного тракта [1, 2]. Вопросам диагностики ограниченных послеоперационных гнойных очагов в брюшной полости и забрюшинных, не связанных с недостаточностью швов анастомоза желудочно-кишечного тракта, посвящена настоящая работа.

Основным методом диагностики явился рентгенологический по разработанной в ВОНЦ АМН СССР методике. В случае недостаточной его информативности проводилось комплексное исследование с применением компьютерной томографии (КТ) и ультразвукового исследования (УЗКТ). С 1980 по 1990 г. в ВОНЦ АМН СССР послеоперационные абсцессы брюшной полости и

Характер операций и локализация абсцессов

Операции	Локализация абсцессов							
	левосторонние поддиафраг- мальные	правосторонние		срединные	межки- шечные	малого таза	забрюшин- ные	итого
		поддиаф- рагмаль- ные	подпе- ченоч- ные					
На желудке: гастрэктомия, субтотальная резекция же- лудка, экстирпация оставшейся части желуд- ка	60	4	9	3	1	—	—	77
На толстой и прямой кишках: гемиколэктомия, резекция толстой кишки, экстирпация и брюшно-анальная резекция прямой кишки	2	—	—	2	5	7	3	19
Всего...	62	4	9	5	6	7	3	96

забрюшинные выявлены у 96 больных в возрасте от 22 до 75 лет, одинаково часто у мужчин и женщин. Следует отметить, что с целью диагностики послеоперационных осложнений только после операций на желудке за этот период рентгенологически обследовано свыше 1000 больных. Углубленному рентгенологическому и комплексному обследованию способствовало наличие у больного клинических симптомов, позволяющих заподозрить гнойные осложнения. Это повышение температуры тела, боли, парез кишечника, изменения картины крови (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, лейкоцитарный сдвиг влево). Так, у 93 % больных температура тела была 38—39 °С и лишь у 7 % — 37,3—37,9 °С; СОЭ была от 20 до 80 мм/ч (М — 4,5 мм/ч), лейкоцитоз — 11 000—29 000.

Рентгенологическое обследование по методике ВОИЦ АМН СССР, описанной Е. Г. Фридманом в 1981 г. [9], проведено всем 96 больным. Из них комплексному обследованию подверглось 30 человек. КТ и УЗКТ применялись дифференциро-

ванно (по показаниям) после рентгенологического обследования. Выполненные оперативные вмешательства и локализация абсцессов при них представлены в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что 80,2 % абсцессов были после операций на желудке. При этом преобладали левосторонние поддиафрагмальные абсцессы у 77,9 % больных. Следует отметить, что у 26 (33,9 %) этих больных была удалена селезенка.

После операций на толстой и прямой кишках наблюдались различные локализации абсцессов (кроме правосторонних, поддиафрагмальных и подпеченочных). Наблюдения единичны, но несколько чаще были абсцессы малого таза и межкишечные. Рентгенологическая диагностика абсцессов складывается из прямых признаков — наличия полости с уровнем жидкости и газом над ним и косвенных признаков — изменений со стороны легких, плевры, диафрагмы, смещения или сдавления анастомоза либо оставшейся части желудка. Рентгенологические признаки абсцессов представлены в табл. 2.

Таким образом, на основании прямых рентгенологических признаков диагноз был установлен у 68 из 96 больных, т. е. у 70,8 %. В ряде случаев рентгенологическое выявление абсцессов было затруднено из-за отсутствия прямых рентгенологических признаков. Выявлялось только гомогенное затемнение или затемнение с пузырьками газа в них либо отмечалось нарастание легочно-плевральных симптомов при отсутствии рентгенологических изменений в брюшной полости. При отсутствии прямых рентгенологических признаков и для более точной топической диагностики 30 больным проводилось комплексное обследование с применением КТ и УЗКТ. Приводим следующее наблюдение.

Больная Ф., 48 лет. Произведена резекция сигмовидной кишки по поводу рака, на 7-е сутки температура поднялась до 38,3 °С; СОЭ 35 мм/ч, лейкоцитоз 11 000. При рентгенологическом исследовании (рис. 1) отмечаются высокое состояние правого купола диафрагмы, выпот в правой плевральной полости. В центральных отделах брюшной полости (рис. 2) умеренно пневматизированные петли тонкой кишки, нельзя окончательно высказаться о природе одного из горизонтальных уровней жидкости, расположенного мезогастрально (уровень L_{IV}).

Заключение. Межкишечный абсцесс? Петли кишечника? Рекомендована КТ. При рентгеновской КТ (рис. 3) в левой половине брюшной полости на уровне L_{III}, L_{IV}, L_V, при-

Таблица 2

Рентгенологические признаки внутрибрюшинных и забрюшинных абсцессов

Рентгенологические признаки	Число наблюдений
Изменения со стороны брюшной полости:	
гомогенное затемнение	4
пузырьки воздуха на фоне затемнения	24
полость с уровнем жидкости и газом над ним	68
Итого...	96
Изменения в легких и плевре:	
наличие жидкости в плевральной полости	63
понижение воздушности нижних отделов легких	21
Итого...	84
Изменения диафрагмы:	
ограничение подвижности	22
нечеткость контуров	17
высокое стояние купола	16
Итого...	55
Смещение либо сдавление анастомоза оставшейся части желудка	10

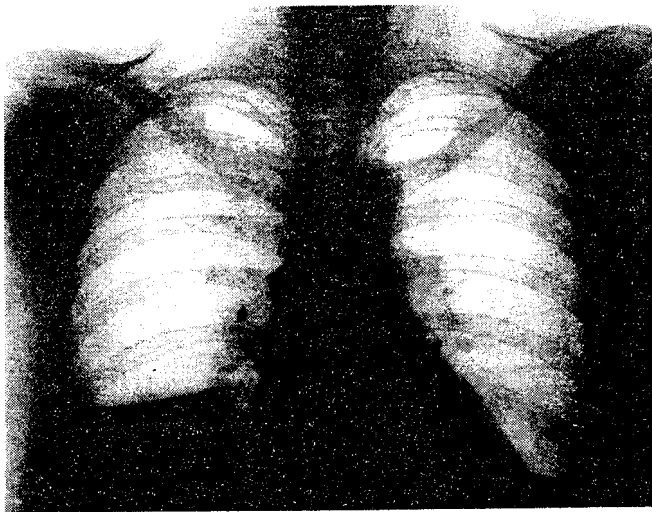


Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной полости больной Ф., 48 лет.

Высокое стояние правого купола диафрагмы, выпот в правой плевральной полости.



Рис. 2. Рентгенограмма органов брюшной полости больной Ф., 48 лет.

В центральных отделах брюшной полости умеренно пневматизированные петли тонкой кишки, нельзя окончательно высказаться о природе одного из горизонтальных уровней жидкости (уровень L_{IV}). Межкишечный абсцесс? Рекомендована КТ.

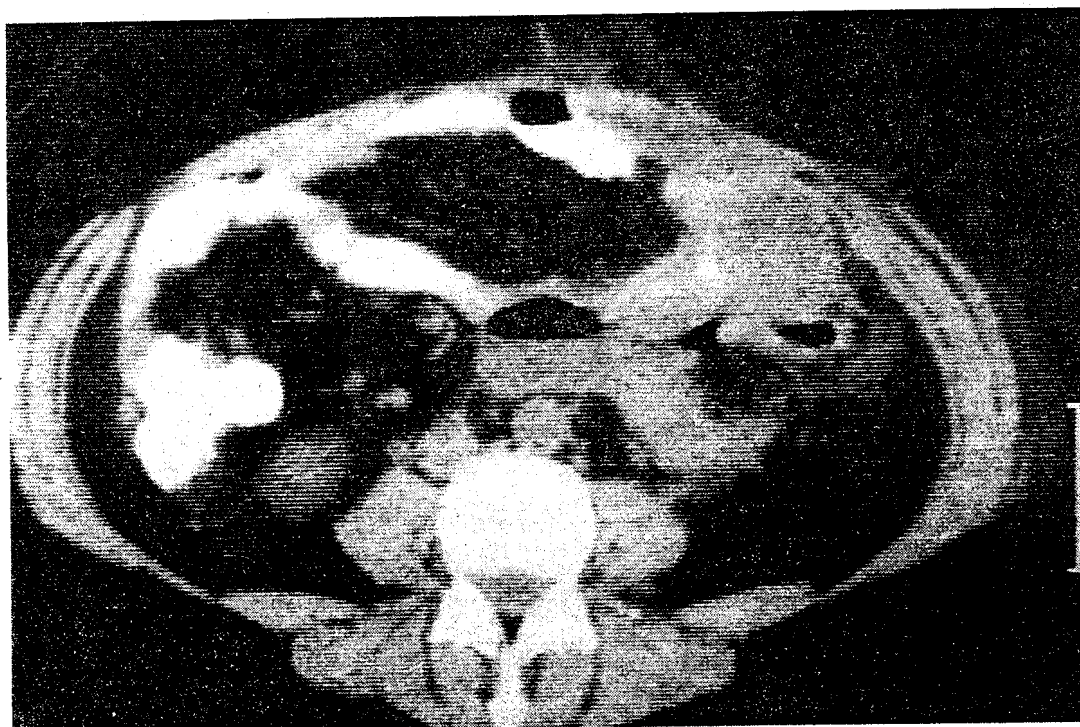


Рис. 3. КТ больной Ф., 48 лет.

Межкишечный абсцесс в левых отделах брюшной полости диаметром 3,5×4 см. Реакция прилежащих тканей передней брюшной стенки.

легая к передней брюшной стенке, определяется зона уплотнения тканей, границы зоны частично нечеткие. Вокруг нее петли кишечника.

З а к л ю ч е н и е. Формирующийся межкишечный абсцесс. Произведено вскрытие абсцесса дугласового пространства. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Особую ценность КТ приобретает в рентгено-негативных случаях. Таких наблюдений 7. При КТ определялась зона жидкостной плотности с беспорядочным скоплением пузырьков газа в ней неоднородной структуры. Кроме того, КТ дает более точное представление о размерах полости.

На основании КТ у 17 больных был поставлен диагноз, у 12 — высказано подозрение и у 1 дана описательная картина. Таким образом, диагноз либо подозрение при КТ установлен в 96,7 % наблюдений.

УЗКТ выполнена 8 больным. Исследование крайне затруднено при наиболее часто встречающихся левосторонних поддиафрагмальных, а также межкишечных абсцессах из-за раздутых газом петель кишечника (парез после операции). УЗКТ дает дополнительную информацию при абсцессах малого таза, забрюшинных, в виде зоны с неоднородной структурой и неровными контурами. При УЗКТ диагноз либо подозрение поставлен в 62,1 % наблюдений.

Комплексное исследование с целенаправленным и дифференцированным использованием диагностических методов позволяет установить диагноз в 100 % случаев. Данные динамического наблюдения за больными позволили определить зависимость исходов лечения от размеров абсцесса и его локализации, сроков установления диагноза, от применяемых методов диагностики и исходов в зависимости от методов лечения. Представление о величине абсцесса складывается из рентгенологических признаков, определяющих ширину уровня жидкости и взаимоотношения с окружающими органами, однако не всегда размеры уровня жидкости позволяют говорить о размерах гнойника. Они зависят от соот-

ношения жидкости и газа в полости абсцесса. При выборе метода лечения существенная роль отводилась величине абсцесса. Лечение осуществлялось либо оперативное — вскрытие абсцесса забрюшинным или чресбрюшинным доступом, либо ограничивалось консервативными мероприятиями с применением больших доз антибиотиков и дезинтоксикационной терапией на фоне парентерального питания.

У 89 % оперированных полость абсцесса была свыше 5 см, а в отдельных случаях до 13 см и лишь в 11 % — от 3 до 5 см. Среди леченных консервативно в 80 % полость была меньше 4 см и у 20 % — от 4 до 9 см. Особо следует отметить 8 больных, обследованных комплексно, которым проводилась пункция абсцессов под контролем КТ. Гной был получен у 5. У 2 из них с локализацией абсцесса в забрюшинном и дугласовом пространстве удалось избежать операции. Им проводилось дренирование и промывание полости абсцесса диоксидином, приведшее к выздоровлению. Однако при левосторонних поддиафрагмальных абсцессах у 3 больных дренирование под контролем КТ было неадекватным, пришлось прибегнуть к релапаротомии, приведшей к излечению у 2 больных, хотя у 4 с образованием тонкокишечного свища.

При отсутствии в пункте гноя проводилось консервативное лечение, приведшее к выздоровлению. Сроки выявления абсцессов также находятся в прямой зависимости от исходов лечения. Чем раньше выявлен абсцесс, тем эффективнее лечение. Рентгенологически в группе больных без дополнительных методов исследования абсцессы выявлены в 66 % наблюдений в течение 1-й недели и в 34 % на 8—15-й день после операции. Более раннее выявление отмечалось после операций на желудке, что обусловлено применением рентгенологического обследования на 6—7-е сутки после операции, перед кормлением больных.

Среди обследованных комплексно, более сложных для диагностики, в 1-ю неделю абсцессы были выявлены у 53,3 % больных и у 46,7 % позднее. Проведенное лечение оказалось неэффективным у 21 (21,9 %) из 96 больных. При анализе причин летальности установлено, что в 75 % наблюдений абсцесс выявлялся позднее чем через 7 дней. Неблагоприятно также протекало лечение у части больных, у которых удалена селезенка (у 8 из 21 умершего больного). Всего она удалена у 26 пациентов. Релапаротомии подверглись 52 из 96 больных. Летальные исходы были только в этой группе больных. Осложнения в виде толсто- и тонкокишечных свищей были у 8 также преимущественно повторно оперированных больных.

Таким образом, выбору метода лечения в значительной степени способствует своевременная и точная топическая диагностика послеоперационных абсцессов. Адекватное дренирование полости абсцесса под контролем КТ с санацией полости абсцесса является одним из эффективных способов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бажанов Е. А. // Роль компьютерной томографии в диагностике абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1987.

2. Береснева Э. А., Дубов Э. Я., Ильницкая Т. И. и др. // Возможности современной лучевой диагностики в медицине.— М., 1989.— С. 176—178.
3. Губина Г. И. // Внутрибрюшинные гнойно-воспалительные осложнения после радикальных операций при раке желудка (диагностика и лечение): Метод. рекомендации.— М., 1980.
4. Лыткин М. И. // Профилактика и лечение послеоперационных осложнений: Учебное пособие для слушателей факультета усовершенствования врачей.— Л., 1971.
5. Маят В. С., Буромская Г. А., Алтанов Ю. П., Лаптев В. В. // Хирургия.— 1978.— № 10.— С. 23—29.
6. Пархоняк В. И., Караев И. Д., Соловьев В. А. // Вестн. хир.— 1978.— Т. 20, № 1.— С. 70—72.
7. Пилко А. С. // Рентгенодиагностика ранних осложнений после резекции желудка.— М., 1958.
8. Селезнев Ю. К. // Лучевая диагностика, прицельная биопсия и дренирование гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— Л., 1990.
9. Фридман Е. Г., Слесарева Ю. Г., Губина Г. И. // Опухоли желудочно-кишечного тракта.— М., 1981.— С. 69—73.
10. Шапкин В. С., Гриненко Ж. А. // Хирургия.— 1981.— № 9.— С. 92—94.
11. Bohar L., Sarkadi V., Göner I. // Radiol. Diagn.— 1984.— Bd 25, N. 6.— S. 735—740.
12. Kochler P. R., Moss A. // J. A. M. A.— 1980.— Vol. 244, N 1.— P. 45—53.
13. Yaques P., Mayo M., Safrit H. et al. // Amer. J. Roentgenol.— 1986.— Vol. 146, N 5.— P. 1041—1047.

Поступила 18.06.91

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.37-006.6-085.849.1-059:615.832.9:616-097

Ю. И. Патютко, Т. К. Холиков, А. И. Барканов, М. Н. Африкян

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА И КАРБОГИДРАТНОГО АНТИГЕНА (СА-19-9) У БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОДВЕРГНУТЫХ КРИОЛУЧЕВОМУ ЛЕЧЕНИЮ

НИИ клинической онкологии

В настоящее время для диагностики и оценки эффективности лечения онкологических больных широко применяется определение раково-эмбрионального антигена (РЭА) и карбогидратного антигена (СА-19-9). По данным ряда авторов, РЭА и СА-19-9 обнаруживаются в 25—79 % случаев рака легкого, желудка, поджелудочной железы, прямой и ободочной кишок [3, 5, 6, 8, 9]. У больных, подвергнутых химио-, лучевому и комбинированному лечению, снижение содержания РЭА коррелирует в 60—70 % случаев с улучшением общего состояния [2, 9]. Повышение уровня РЭА и СА-19-9 у этой категории больных выявляется при длительном динамическом наблюдении и может говорить о прогрессировании или диссеминации процесса [2, 4].

Таким образом, РЭА можно считать неспецифическим опухолевым маркером онкопатологии поджелудочной железы, изучение динамики которого имеет большую практическую значимость. В настоящее время имеются только единичные сообщения о динамике изменения уровня РЭА и СА-19-9 у больных, подвергнутых криовоздействию на опухоль [5].

Внедрение в клиническую практику комбинированного лечения злокачественных новообразований с использованием криодеструкции позво-