

новном от прогрессирования опухолевого процесса вследствие развития рецидивов и метастазов рака.

Выводы. 1. Причинами неправильной оценки распространенности опухолевого процесса и выбора неадекватной хирургической тактики являются диагностические ошибки и осложненное течение заболевания.

2. В случае отсутствия признаков диссеминации опухоли целесообразно выполнение повторных операций. При вовлечении в опухолевый процесс смежных органов показаны комбинированные вмешательства.

3. Непосредственные и отдаленные результаты повторных радикальных операций свидетельствуют о целесообразности их выполнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н.П. Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки. — М.: Медицина, 1981.
2. Блохин Н.П., Ковалевский Е.О., Копшева М.А., Вишнякова А.А. // Вестн. АМН СССР. — 1985. — № 7. — С. 3—7.
3. Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М. Осложненный рак ободочной кишки. — М.: Медицина, 1984.
4. Кныш В.И., Ожиганов Е.Л. // Хирургия. — 1987. — № 4. — С. 75—78.
5. Петров В.И., Сытник А.П., Луцевич О.Э. и др. // Хирургия. — 1987. — № 9. — С. 92.
6. Турицев С.Ю., Симкина Е.С. // Пробл. проктол. — 1985. — Вып. 6. — С. 115—117.
7. Турицев С.Ю. // Пробл. проктол. — 1986. — № 7. — С. 120—124.
8. Федоров В.П. // Хирургия. — 1983. — № 3. — С. 8—15.
9. Яццкий И.А., Гелазония Р.В., Хателашвили В.М. // Вестн. хир. — 1988. — № 1. — С. 58—60.
10. Бондарь Г.В., Звездин В.П., Ладур А.И. // Вопр. онкол. — 1989. — № 7. — С. 866—869.
11. Bontron M.C., Faivre J., Rallier du Baty H. et al. // Bull. cancer. — 1988. — № 4. — P. 347—354.
12. Cagetti M., Uccheddu A., Murgia C. et al. // Riv. ital. colon-proctol. — 1987. — Vol. 6, № 4. — P. 224—228.
13. Citone G., De Miliro R., Perri S. et al. // G. chir. — 1987. — Vol. 8, № 4. — P. 441—443.
14. Grassi G.B., Mancini S., Pallini M. et al. // G. chir. — 1987. — Vol. 8, № 4. — P. 425—427.
15. Mauro C., Cozza G., Sperlongano P. // Acta chir. ital. — 1987. — № 2. — P. 231—237.
16. Sjodahl R., Franzin T.U.E., Mystrom P.O. // Scand. J. Gastroenterol. Suppl. — 1990. — Vol. 25, № 176. — P. 65.

УДК 616.345-006.6-036.6-07

В.В. Пророков, Е.Л. Ожиганов, О.П. Ленская, Т.И. Зайцева

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЦИНТИГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

НИИ клинической онкологии

Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями толстой кишки предопределяет увеличение числа радикально оперированных больных с этой патологией. Вместе с этим увеличивается число пациентов, у которых при динамическом наблюдении после радикального хирургического лечения выявляют рецидивные опухоли. По данным литературы, они возникают более чем у половины первично оперированных больных [2, 4, 9].

Выявление рецидивной опухоли при раке ободочной кишки — относительно простая задача и в основном связано с регулярным проведением рентгенологического или эндоскопического исследования при динамическом наблюдении за больными после операции. Диагностика же рецидива у больных раком прямой кишки, которым была произведена брюшно-промежностная экстирпация, — сложная проблема. По данным ряда авторов [1, 8], при клиническом обследовании рецидивный рак этой локализации выявляют только у 18 — 28,3% больных. Это свидетельствует о необходимости поиска методов, с помощью которых можно было бы своевременно диагностировать рецидивы рака толстой кишки.

За последние годы получила распространение скintiграфия с применением туморотропных радиофармпрепаратов (РФП), селективно накапливающихся в опухолевой ткани [5, 6]. Проведение динамических исследований с этими радионуклидами после радикальных операций позволяет оценить эффективность лечения и может способствовать раннему выявлению рецидивной опухоли [7].

Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей скintiграфии с ^{67}Ga -цитратом (отечественного производства) и ^{111}In -блеомицином (Англия) при динамическом наблюдении за больными раком толстой кишки, которым была произведена радикальная операция. Изучены результаты скintiграфии, проведенной у 208 пациентов в возрасте от 18 до 78 лет в различные сроки после радикальной операции, преимущественно в первые 2—3 года. Именно в этот период наиболее часто развиваются рецидивы рака толстой кишки.

Ранее 191 больному была произведена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, из

Результаты сцинтиграфии у радикально оперированных больных раком прямой кишки

Обследованные	Всего больных	Совпадение диагноза (отсутствие рецидива)		Подозрение на рецидив		Ложноположительные результаты	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Первая группа (без симптомов рецидива)	23	20	86,9	2	8,7	1	4,4
Вторая группа (с симптомами рецидива)	38	24	63,2	9	23,7	5	13,1

них было 98 мужчин, у которых возможности применения общепринятых клинко-рентгенологических методов обследования были значительно ограничены. У остальных больных были выполнены различные виды резекции толстой кишки. Для подтверждения развития рецидивной опухоли осуществлено комплексное обследование всех больных, включавшее рентгенологическое и эндоскопическое исследование с биопсией. У больных, перенесших брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, проводили рентгеновскую компьютерную и ультразвуковую томографию (КТ и УЗТ) малого таза, а при наличии патологического образования — пункцию его с последующим морфологическим исследованием полученного материала. При наличии свища у больных, у которых заподозрен рецидив рака, производили его диагностическое выскабливание.

Активность вводимого внутривенно РФП зависела от массы тела пациента и колебалась от 92 до 111 МБк. Исследование выполняли на гамма-камере "Нуклеар Чикаго" через 48—72 ч после введения препарата. При использовании ^{67}Ga -цитрата особенно тщательно очищали кишечник с помощью слабительных средств и очистительных клизм у больных, перенесших различные резекции толстой кишки. При анализе сцинтиграмм у этих пациентов учитывали области физиологической фиксации РФП. Истинно положительным результатом считали выявление очага повышенного накопления РФП с увеличением содержания радионуклида в нем по сравнению с симметричной областью на 140% и более, а истинно отрицательным — отсутствие накопления РФП в том случае, когда наличие опухоли было подтверждено клинко-рентгенологическими данными и результатами КТ и УЗТ малого таза.

При изучении сцинтиграмм у больных после резекции кишки следует учитывать источники возможных ошибок. Так, ложноотрицательные результаты возможны при наличии рецидивной опухоли небольших размеров — менее 1,5 см. Ложноотрицательные результаты при исследовании с

^{67}Ga -цитратом могут быть обусловлены недостаточной очисткой кишечника. Ложноположительным результатом у больных после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки считали выявление очага гиперфиксации РФП при хроническом воспалительном процессе в малом тазу, когда при использовании других методов убедительных данных, которые бы свидетельствовали о наличии рецидива рака, не было получено. Ложноотрицательными результаты признавали в случае отсутствия накопления радионуклида при наличии морфологически подтвержденной рецидивной опухоли в малом тазу.

Из 16 больных, ранее оперированных по поводу рака ободочной кишки, у которых сцинтиграфию проводили либо с ^{67}Ga -цитратом, либо с ^{111}In -блеомицином в период от 6 мес до 4 лет после радикального хирургического лечения, лишь у одного больного был выявлен рецидив рака с наличием визуализированных метастазов в забрюшинных лимфатических узлах. Эти данные в дальнейшем были подтверждены результатами клинических наблюдений и с помощью других методов диагностики.

Для определения диагностической значимости сцинтиграфии при диспансерном наблюдении были изучены результаты обследования 23 больных, которым произведены радикальные операции по поводу рака прямой кишки (первая группа), и 38 больных, у которых клиническая картина позволяла заподозрить наличие рецидива (вторая группа). Полученные сведения представлены в таблице.

Как видно из данных, представленных в таблице, количество ошибочных заключений (4,4 и 13,1%) не превышало аналогичные показатели (14,5%) в группе больных с верифицированным диагнозом рецидива рака прямой кишки. Увеличение количества заключений о подозрении на наличие рецидивного опухолевого процесса (23,7%) было обусловлено хроническим воспалительным процессом. При контрольном обследовании этих больных после проведения курса противовоспалительной терапии интенсивность накопления радионуклида значительно снизилась.

Из 169 пациентов, перенесших брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, у которых отмечались симптомы рецидива (боли в области малого таза), опухоль была заподозрена у 131 больного. Из них скintiграфически диагноз подтвержден у 112 (85,5%). У остальных 19 (14,5%) получены ложноотрицательные результаты. Следует отметить, что скintiграфическая картина малого таза, полученная при использовании ^{67}Ga -цитрата, не отличалась от выявленной при применении ^{111}In -блеомицина, несмотря на различные пути их экскреции.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования позитивной скintiграфии с туморотропными РФП при раке толстой кишки. Наиболее перспективно применение этого метода в диагностике рецидивов рака, особенно у мужчин, после экстирпации прямой кишки. При наличии очага накопления радионуклида в полости малого таза необходимо использовать УЗТ или КТ малого таза для подтверждения диагноза. При наличии подозрений относительно возникновения рецидива рака показано активное наблюдение за больными с контрольным обследованием через 3—6 мес. При явлениях хронического воспаления в ложе удаленной прямой кишки повторное исследование необходимо проводить после окончания курса противовоспалительного лечения. Скintiграфия позволяет выявить группу повышенного риска, которая нуждается в более активном наблюдении и детальном обследовании с использованием других, уточняющих инструментальных методов. Включение скintiграфии с указанными выше РФП в комплекс мероприятий, проводимых при обследовании пациентов в процессе диспансерного наблюдения после радикальных операций по поводу рака толстой кишки, позволит улучшить диагностику рецидивных опухолей этой локализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бальтер С.А., Кыш В.И., Ожиганов Е.Л. и др. Ультразвуковая и компьютерная томография в диагностике рецидива рака прямой кишки // Сов. мед. — 1986. — № 1. — С. 83—87.
2. Владимиров В.А., Остапенко Т.А., Педченко К.Я. Клинико-рентгенологическая диагностика рецидивов рака прямой кишки // Хирургия. — 1982. — № 5. — С. 62—65.
3. Зайцева Т.В., Пророков В.В., Богдасаров Ю.Б. Скintiграфия с туморотропными РФП в диагностике рака толстой кишки // Мед. радиол. — 1989. — № 12. — С. 21—23.
4. Иванов В.М. Рецидивы рака прямой кишки и возможности повторных операций при них: Дис. канд. — М., 1977.
5. Кротков Ф.Ф., Пурижанский И.И., Корсунский В.Н. Диагностика злокачественных новообразований с использова-

нием ^{111}In -блеомицина // Мед. радиол. — 1980. — № 12. — С. 28—34.

6. Кротков Ф.Ф., Корсунский В.Н., Пауменко А.З. и др. Клиническая оценка некоторых туморотропных радиофармацевтических препаратов // Мед. радиол. — 1982. — № 10. — С. 42—48.
7. Ленская О.Д., Ожиганов Е.Л., Богдасаров Ю.Б. Скintiграфия с ^{67}Ga -цитратом и ^{111}In -блеомицином при раке прямой кишки // Мед. радиол. — 1987. — № 12. — С. 38—42.
8. Мельников Р.А., Фрид И.А., Соболев А.А., Беляев Д.Г. Симптоматический рецидивов рака прямой кишки после радикальных оперативных вмешательств // Вестн. хир. — 1979. — Вып. 123, № 10. — С. 48—50.
9. Снешко Л.И. Профилактика рецидивов и метастазов рака толстой кишки. — Л., 1976. — 176 с.

Поступила 27.12.91.

УДК 616.36-006.6-089-033.2

Ю.И. Патютко, С.С. Ибрагимов, А.Т. Лагош-
ный, А.Г. Котельников, Д.М. Панахов

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

НИИ клинической онкологии

Из злокачественных новообразований печени ее метастатическое поражение встречается в клинической практике значительно чаще, чем первичные опухоли. У 30% онкологических больных независимо от локализации первичной опухоли в момент ее выявления обнаруживают метастазы в печени. При локализации первичной опухоли в зонах, дренируемых воротной веной, частота метастатического поражения печени еще больше увеличивается: его выявляют у 50% больных [3]. К сожалению, до настоящего времени подавляющее большинство врачей общей лечебной сети и значительная часть онкологов относятся к пациентам с вторичным опухолевым поражением печени как к incurable больным, проводя им симптоматическую терапию или назначая малоэффективные лекарственные препараты.

Медикаментозное лечение из-за низкой чувствительности опухолей этого органа к химиопрепаратам редко бывает эффективным. Методика лучевой терапии, которую можно было бы применить при данной опухолевой патологии, находится в стадии теоретической разработки и в клинической практике еще широко не применяется. Единственным методом лечения при метастатическом