

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

раке печени, с помощью которого можно добиться длительной ремиссии, является резекция печени.

В последнее время стали появляться отдельные работы, посвященные этой проблеме [2, 4, 5, 6]. По данным некоторых авторов, 5-летняя выживаемость больных после резекции печени по поводу ее метастатического поражения достигает 25—35% [4, 5, 7]. Особенно это касается колоректального рака.

Целью нашего исследования явилось изучение непосредственных результатов хирургического лечения больных с метастазами в печени.

С 1986 по 1992 г. в ОНЦ РАМН выполнено 48 резекций печени по поводу ее метастатического поражения, причем 32 из этих операций — в период с 1990 по 1992 г. Среди оперированных мужчин было 28, женщин — 20. Средний возраст мужчин составил 36,3 года, женщин — 38,7. Самому молодому больному было 28 лет, самому старому — 72 года. Среди различных по морфологическому строению первичных опухолей преобладали аденокарциномы разной степени зрелости. У 76,3% больных выявлена инфильтративная форма роста опухоли, у 27,3% — смешанная и у 7,3% — экзофитная. Данные о локализации первичной опухоли представлены в табл. 1.

Наиболее часто метастазирование в печень наблюдалось у больных колоректальным раком — 36 больных, что составило 75% от общего числа больных. Целесообразно отметить, что из 24 больных с опухолью ободочной кишки у 17 (70,8%) первичная опухоль располагалась в сигмовидной кишке. Далее по частоте метастазирования следовали больные раком желудка — 5 человек, третью группу составили больные, у которых диагностировано поражение билиопанкреатодуоденальной зоны, — 3 больных. Один из них, мужчина 38 лет, оперирован по поводу опухоли дуоденального сосочка (фатеров сосок) с солитарным метастазом в левой доле печени. Больному одномоментно произведены гастропанкреатодуоденальная резекция и резекция левой доли печени. Второй больной, 53 лет, оперирован по поводу рака головки поджелудочной железы. Больному одномоментно выполнены гастропанкреатодуоденальная резекция и резекция левой доли печени. Третья больная, 62 лет, оперирована по поводу рака желчного пузыря с метастазами в правой доле печени. Ей произведена холецистэктомия с резекцией IV и V сегментов печени. По 1 больному операции произведены в связи с расположением первичной опухоли в яичниках, надпочечнике, почке и легком. Мы разделяем мнение Д.В. Комова и соавт. [1], которые считают, что метастатическое поражение печени

Т а б л и ц а 1. Распределение больных в зависимости от локализации первичной опухоли и поражения печени

Локализация опухоли	Число больных		
	всего	с поражением правой доли	с поражением левой доли
Желудок	5	—	5
Ободочная кишка	24	20	4
Прямая кишка	12	8	4
Яичник	1	1	—
Надпочечник	1	1	—
Билиопанкреатодуоденальная зона	3	1	2
Легкие	1	—	1
Почки	1	1	—
В с е г о	48	32(66,6%)	16(33,3%)

происходит, как правило, в результате эмболии сосудов системы воротной вены клетками из первичных опухолей органов брюшной полости. Реже метастазы возникают в результате эмболии ветвей печеночной артерии. Это наблюдается чаще всего в тех случаях, когда первичная опухоль локализуется в легком, почках, надпочечниках, т.е. в органах, расположенных в бассейне большого и малого круга кровообращения.

Наиболее часто отмечалось поражение правой доли печени. Из 32 больных с поражением правой доли печени у 28 первичная опухоль локализовалась в ободочной и прямой кишке. У всех 5 больных раком желудка метастазы располагались в левой доле печени. У одного больного метастазы рака ободочной кишки выявлены в обеих долях. Больному произведены правосторонняя гемиколэктомия, правосторонняя гемигепатэктомия и клиновидная резекция левой доли печени. Небольшое число больных с поражением обеих долей печени объясняется тем, что резекцию печени производили только при предполагаемом солитарном поражении, установленном различными методами диагностики в дооперационном периоде. Данные о характере произведенных операций представлены в табл. 2.

Солитарные метастазы выявлены у 44 (91,6%) больных, у 3 больных обнаружены единичные метастазы, причем у 2 больных — по 2 и у 1 — 3 метастатических узла. Размеры метастатических опухолей колебались от 1,5 до 20 см.

Из 47 оперированных у 13 больных произведены анатомические резекции печени, из них у 10 операции выполнены в объеме гемигепатэктомии и расширенной гемигепатэктомии. Мы согласны с мнением тех авторов, которые считают, что при резекциях печени, производимых по поводу ее метастатического поражения, могут быть выполнены

Т а б л и ц а 2. Распределение больных в зависимости от характера операций

Операция	Число больных		
	всего	с синхронными операциями	с метасинхронными операциями
Правосторонняя гемигепатэктомия	6	1	5
Левосторонняя гемигепатэктомия	2	—	2
Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия	2	—	2
Лобэктомия	3	1	2
Сегментэктомия	10	3	7
Атипичные резекции печени	25	22	3
И т о г о	48	27(56,20%)	21(43,6%)

большие и предельно большие резекции печени [9, 10] в тех случаях, когда резекции меньшего объема нельзя выполнить без ущерба для радикальности операции, а функциональное состояние оставшейся печени способно обеспечить метаболические потребности организма больного в послеоперационном периоде. Синхронные операции — удаление первичного опухолевого очага и резекция печени — были произведены 26 больным. Метасинхронные резекции печени выполнены 21 больному. Необходимо отметить, что у 18 больных этой группы первичная опухоль располагалась в ободочной и прямой кишке.

Многие авторы отмечают благоприятное влияние длительного свободного интервала между лечением первичной опухоли и появлением метастазов на исход резекции печени [11]. Из 21 больного, оперированного по поводу метасинхронных метастазов, у 18 (85,7%) метастазы выявлены в течение 2 лет после обнаружения первичного опухолевого очага. Отсутствие отдаленных результатов не позволяет нам сделать определенные выводы по этому поводу. У 8 больных произведена правосторонняя или левосторонняя гемигепатэктомия; у всех метастатический узел был размером более 10 см и располагался на границе II и III сегментов. При выполнении правосторонней гемигепатэктомии дополнительно производили холецистэктомию. Холецистэктомия, осуществляемая при гемигепатэктомии в соответствии с принципами абластики, предупреждает возможное распространение злокачественных клеток из пораженной опухолью половины печени в оставляемую половину через вены желчного пузыря.

Расширенная гемигепатэктомия выполнена 2 больным; у обоих размер опухолевого узла был бо-

лее 15 см и в опухолевый процесс был вовлечен IV сегмент, что и обусловило выполнение операции в этом объеме. При выполнении обширных резекций печени у 10 больных нами применялся воротный способ обработки сосудов и протоков, который всегда дополняли фиссуральным способом, т.е. обработкой соответствующих сосудов и протоков в главной портальной щели при гемигепатэктомиях и в левой кавальной щели при правосторонних расширенных гемигепатэктомиях.

У 3 больных операции выполнены в объеме лобэктомии: 2 — резекции правой латеральной доли (VI и VII сегменты) и 1 — резекция правой парамедиальной доли (V и VIII сегменты). Резекции в пределах одного сегмента произведены 10 больным.

Из 48 операций 25 были выполнены в объеме атипичной резекции печени. При резекциях печени наиболее часто отмечались следующие послеоперационные осложнения, которые можно объединить в группы: 1) кровотечения из сосудов печени; 2) поддиафрагмальные абсцессы; 3) желчеистечение в брюшную полость; 4) печеночно-почечная недостаточность; 5) пневмония; 6) прочие гнойно-септические осложнения.

Анализируя частоту послеоперационных осложнений, А. Holm и S. Aldrene [7] указывают на ее увеличение с 33% у больных, которым производили атипичные резекции печени, до 52% у пациентов, которым выполнены расширенные резекции печени. Мы согласны с мнением, согласно которому частота послеоперационных осложнений связана с объемом резекции печени. Общее количество осложнений у 48 больных, перенесших резекции печени разного объема, составило 18 (37,5%). У некоторых больных в послеоперационном периоде возникало несколько осложнений. При анализе этих осложнений можно отметить, что максимальное их количество наблюдалось в группе больных, перенесших обширные резекции печени. У 10 больных, которым производили обширные резекции печени, отмечались следующие осложнения: поддиафрагмальный абсцесс — у 3, печеночно-почечная недостаточность в раннем послеоперационном периоде — у 2, кровотечение из сосудов печени — у 1, пневмония — у 3, нагноение операционной раны — у 1 больного. У 37 больных, перенесших резекцию в объеме сегментэктомии и атипичной резекции печени, наиболее часто отмечались нагноение операционной раны — у 3, пневмония — у 3, поддиафрагмальный абсцесс — у 1 и лигатурный свищ — у 1.

По данным многочисленных авторов [4, 5], летальность после обширных резекций печени по поводу ее метастатического поражения достигает

12%. В наших наблюдениях в послеоперационном периоде умер 1 больной. Летальность, таким образом, составила 2,1%. Причиной смерти больного 67 лет, перенесшего левостороннюю кавальную резекцию печени по поводу метастатов рака прямой кишки в печени, явилась абсцедирующая пневмония.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о необходимости и перспективности выполнения резекции печени по поводу ее метастатического поражения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комов Д.В., Роцин Е.М., Чернова М.В., Долгушин Б.И. // *Вопр. онкол.* — 1984. — № 6. — С. 16—22.
2. Одорюк Т.С., Помелов В.С., Шелыгин Ю.А. Хирургия печени. Материалы симпозиума с участием иностранных специалистов: Тезисы. — М., 1990. — 94 с.
3. Фэгэрэшану И., Ионеску-Бушмор К., Оломон Д. Хирургия печени и внутрипеченочных желчных путей. — Бухарест: Изд-во. Акад. СРР. — 1976. — 445 с.

4. Stele G., Kavikutar T. Rezection of hepatic metastases from colorectal cancer, *Biologia perspectives* // *Ann. Surg.* — 1987. — Vol. 210. — P. 127—138.
5. Iwatsuki S., Shaw B.W., Jr., Starzl T. Expetience with 150 lever resection // *Ann. Surg.* — 1983. — Vol. 197. — P. 576—583.
6. Bozzetti F., Bignami P., Doci K. et al. Patterns of failure following surgical resection of colorectal cancer liver metastases // *Ann. Surg.* — 1987. — Vol. 205. — P. 264—279.
7. Holm A., Aldrene S. Hepatic resection of metastases from colorectal carcinoma. Morbidity, mortality and pattern of recurrence // *Ann. Surg.* — 1989. — Vol. 209. — P. 428—434.
8. Fortner S. Hepatic rezection for metastatic colorectal cancer: Surgical Management of Metastases disease. New York. Memorial sloan-Cettering Cancer Center. March 15—27. — 1987. — P. 15—20.
9. Tacayasu T. et al. Clinical investigation of hepatocellular carcinoma significance of extended hepatectomy for advanced hepatocellular carcinoma // *Nippon. Can. Chiryo Cakkoi shi.* — 1990. — Vol. 25, № 6. — P. 1162—1171.
10. Kanematsn T. et al. Surgical streategy for primary hepatocellular carcinoma asso ciatid with cirrosis // *Seminarian Surgical oncology.* — 1990. — № 6. — P. 36—41.
11. Hughes K.C., Sugakbaker P.H. Resection of the liver for metastatic solid tumors. *Surgical Treatment of Metastatic Cancer.* — Philadelphia: S.B. Lippicolt. Company. — 1987. — P. 125—164.

Поступила 12.10.92.