

Таблица 2

Соотношение типов микрорельефа поверхности лимфоцитов периферической крови у больных с доброкачественными новообразованиями легких

Тип микрорельефа	Содержание, %
Микроворсинчатый	29,8
Складчатый	7,3
Пузырчатый	3,1
Сглаженный	1,7
Микроворсинчатый — складчатый	14,8
Микроворсинчатый — сглаженный	23,4
Пузырчатый — складчатый	5,2
Пузырчатый — сглаженный	4,3
Пузырчатый — микроворсинчатый	4,2
Складчатый — сглаженный	6,2

Однако соотношение типов микрорельефа различалось у больных обеих групп. В крови больных раком легкого наблюдалось значительное снижение относительного содержания лимфоцитов с микроворсинчатым типом рельефа, а также комбинированных вариантов с микроворсинчатым компонентом (микроворсинчатый — складчатый, микроворсинчатый — сглаженный). Одновременно наблюдалось значительное возрастание относительного содержания лимфоцитов с пузырьчатым типом микрорельефа и его комбинированными вариантами (пузырчатый — складчатый, пузырьчатый — сглаженный).

Выявленные нами изменения в соотношении различных типов микрорельефа поверхности лимфоцитов могут являться следствием изменений морфологии клеточной поверхности в условиях прогрессирования опухолевого роста. Предполагается, что цитотоксические агенты, присутствующие в крови больного со злокачественной опухолью [15, 18], могут вызывать изменения поверхности лимфоцитов, в частности набухание микроворсинок с переходом микроворсинчатого рельефа в пузырьчатый.

Полученные данные позволяют предположить, что преобладание пузырьчатых типов микрорельефа поверхности лимфоцитов при раке легкого является одной из фаз их функционального состояния. В настоящее время не установлено строгого соответствия морфологических структур поверхности клетки определенному классу ее функциональных рецепторов [5, 14, 17, 18]. Тем не менее появление атипичных форм микрорельефа клеточ-

ной поверхности лимфоцитов периферической крови у больных раком легкого диктует необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, что позволило бы уточнить понимание трансформации поверхности клетки для целей дифференциальной диагностики и доклинического прогнозирования опухолевого роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Африкан М. Н., Зайцева Т. И., Богдасаров Ю. Б. // Мед. радиол.— 1985.— № 4.— С. 7—10.
2. Ровенский Ю. А. // Цитология.— 1978.— Т. 20.— С. 365—367.
3. Ровенский Ю. А. Растровая электронная микроскопия нормальных и опухолевых клеток.— М., 1979.
4. Albain K. S., True L. D., Golomb H. M. et al. // Cancer (Philad.).— 1985.— Vol. 56, N 7.— P. 1618—1623.
5. Boga A. W., Fischer D. C., Fox D. A. et al. // J. Immunol.— 1986.— Vol. 134, N 4.— P. 2393—2399.
6. Boylston A. W. // Immunol. Today.— 1986.— Vol. 7, N 2.— P. 40—41.
7. Carney Desmond N. // Cancer Bull. (Wash.).— 1985.— Vol. 37, N 2.— P. 75—80.
8. Desjorges J. F. // New Engl. J. Med.— 1985.— Vol. 313, N 9.— P. 576—577.
9. Espinosa C. G., Balis J. U., Saba S. R. et al. // Cancer (Philad.).— 1984.— Vol. 54, N 10.— P. 2128—2189.
10. Gazdar A. F. // Chest.— 1986.— Vol. 89, N 4.— Suppl.— P. 277—283.
11. Holoye P. V. // Cancer Bull. (Wash.).— 1984.— Vol. 36, N 4.— P. 204—205.
12. Herrera Guillermo A., Reimann Bernhard E. F. // S. Med. J.— 1984.— Vol. 77, N 12.— P. 1557—1566.
13. Koros A. M. C., Weinbaum D. L., Atchison R. W. et al. // J. exp. Clin. Cancer Res.— 1985.— Vol. 4, N 4.— P. 355—363.
14. Kurnick J. T., Kradin R. L., Blumberg R. et al. // Clin. Immunol. Immunopath.— 1986.— Vol. 38, N 3.— P. 367—380.
15. Kunsy A. M., Clayberger C. // Transplantation.— 1985.— Vol. 39, N 4.— P. 339—348.
16. Kayser K. W., Heinrich St., Toomes H., Klomek M. // Tumor Diagn. Ther.— 1985.— Vol. 6, N 4.— P. 149—154.
17. Polliack A., Hammerling U., Lampen N. et al. // Europ. J. Immunol.— 1975.— Vol. 5.— P. 32—39.
18. Robinson E., Segal R., Vesely L., Mekori T. // Europ. J. Cancer Clin. Oncol.— 1986.— Vol. 22, N 2.— P. 191—195.
19. Venter J. C., Berzofsky J. A., Lindstrom J. et al. // Feder Proc.— 1984.— Vol. 43, N 10.— P. 2552—2539.

Поступила 31.08.90

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.24-006.61-089.168+615.849.1

М. И. Давыдов, А. И. Пирогов, В. И. Плотников, Б. Е. Полоцкий, С. Г. Малаев, С. М. Волков, Н. М. Аль-Ансари, З. О. Мачаладзе, С. В. Кушибаев

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

НИИ клинической онкологии

Рак легкого характеризуется высокой смертностью при все еще неудовлетворительных результатах лечения. В СССР число заболевших раком трахеи, бронхов, легкого в 1986 г. составило 100 727 человек, а среди умерших от злокачественных заболеваний в целом первое место принадлежит раку легкого — 20,5 %. Рост заболеваемости наблюдается во всех развитых странах. Так, в США в 1978 г. заболело 100 000, в 1987 г. — 150 000, а к 2000 г. ожидается 300 000 вновь заболевших раком легкого. В целом же в мире смертность от этого заболевания составляет около 1 млн человек в год.

Таблица 3

Соотношение типов микрорельефа поверхности лимфоцитов периферической крови у больных раком легкого

Тип микрорельефа	Содержание, %
Микроворсинчатый	10,4
Складчатый	4,8
Пузырчатый	27,1
Сглаженный	1,3
Микроворсинчатый — складчатый	6,1
Микроворсинчатый — сглаженный	8,2
Пузырчатый — складчатый	18,1
Пузырчатый — сглаженный	14,3
Пузырчатый — микроворсинчатый	7,1
Складчатый — сглаженный	2,6

Показатели хирургического лечения рака легкого по данным торакального отделения ВОНЦ АМН СССР

Показатель	Годы					Всего
	1961—1965	1966—1970	1971—1975	1976—1981	1982—1988	
Число оперированных	142	274	342	342	970	2070
Объем операций:						
пневмонэктомия	73 (51,4)	110 (40,2)	110 (32)	124 (36)	336 (34,6)	753
резекции легкого	49 (34,5)	113 (41,2)	165 (48,2)	179 (52,5)	520 (52,8)	1026
пробные торакотомии	20 (14,1)	51 (18,6)	67 (19,8)	39 (11,4)	115 (11,8)	253
Послеоперационная летальность	26 (18,4)	24 (8,7)	21 (6,2)	15 (4,4)	38 (3,9)	124

Примечание. Здесь и в табл. 2 в скобках — процент больных.

Ключевым на сегодняшний день остается вопрос ранней диагностики, поскольку при распространенной форме заболевания лечение по существу носит паллиативный характер. По-прежнему ведущее место в радикальном лечении немелкоклеточного рака легкого принадлежит хирургическому методу, за это время приобретен громадный коллективный опыт различного рода операций, оценены показания и противопоказания к ним, уточнены детали хирургической техники, непосредственные и отдаленные результаты, онкологическая целесообразность. Проводятся исследования различных вариантов комбинированной терапии.

ВОНЦ АМН СССР располагает значительным опытом хирургического лечения рака легкого (табл. 1).

Летальность после пневмонэктомии в 1961—1981 гг. составила 10,8 %, в 1982—1988 гг. — 7,1 %, после резекций легкого соответственно 4,3 и 1,2 %.

На протяжении этого времени в клинике существовали различные подходы к хирургическому лечению: если до 1970 г. чаще выполнялись пневмонэктомии больным средних лет, то в последующем больше стали оперировать пациентов пожилого возраста с выраженными нарушениями функций легких и сердца. По праву заняли свое место в ряду хирургических вмешательств резекции легкого. До 1970 г. пневмонэктомии выполнены у 40—51 % больных, к 1988 г. их число снизилось до 34,6 %, а количество резекций увеличилось с 41 до 53,8 %. В то же время количество пробных операций уменьшилось только на треть. Отмечается прогрессивное снижение послеоперационной летальности.

Эволюция нашего опыта нашла свое отражение в различных хирургических подходах: так, раньше мы пользовались в основном передне- и заднебоковым доступом, в последние 14 лет используем боковой доступ и убедились в его практически полной универсальности, позволяющей свободно манипулировать на всех элементах корня легкого, средостения, грудной стенке, диафрагме, в перикарде.

Один из основных вопросов легочной хирургии — это способ обработки культи бронха. Традиционно в нашем отделении используется аппарат УКВ с дополнительным ушиванием бронха 8-образными швами по линии скрепок и укрытием культи бронха лоскутом медиастинальной или париетальной плевры. Этот прием является обязательным при пневмонэктомии, часто, но не всегда, используется при лоб (билоб) эктомии.

Мы не являемся ортодоксальными сторонниками

такой обработки культи бронха и при необходимости широко используем ручной шов, однако показания к его применению, на наш взгляд, должна определять прежде всего онкологическая ситуация, ибо, помимо недостатков, аппаратный шов имеет весьма существенные достоинства, а именно: асептичность в силу закрытого варианта обработки и минимальных условий для бактериального загрязнения плевры. Иначе говоря, при неизменном бронхе способ его обработки не имеет принципиального значения. Обоснование ушивания культи бронха вручную снижением репарации при комбинированном лечении с предоперационным облучением средними фракциями также неубедительно, так как среди 123 больных, оперированных с предоперационным облучением (РОД 4—5 Гр; СОД 20 Гр) только у 2 возникла несостоятельность бронхиального шва после лоб- и пневмонэктомии.

Оценка нашего опыта хирургического лечения рака легкого позволяет связать несостоятельность бронхиального шва прежде всего с дефектом хирургической техники независимо от ручной или аппаратной обработки культи бронха.

Естественно, что хирургическая активность за последние годы увеличилась, вдвое возросло число оперированных больных старше 65 лет (9,9 и 18,9 % в 1976—1980 и 1981—1988 гг. соответственно), в то же время количество выполненных пневмон- и лобэктомий остается практически одинаковым, что является отражением, вероятно, отчасти биологически обусловленной локализации новообразований и определенного отбора больных.

Заметно уменьшилась частота послеоперационных осложнений. Если в целом в 1966—1980 гг. они составили 41,2 %, то в 1981—1988 гг. — 27 %.

Таблица 2

Осложнения, приведшие к летальному исходу

Осложнения	1966—1981 гг. (n=1100)	1982—1988 гг. (n=970)
Сердечно-легочная недостаточность	22 (2)	8 (0,8)
Тромбоз легочной артерии	23 (2,1)	5 (0,5)
Пневмония	10 (0,9)	12 (1,2)
Бронхиальный свищ	18 (1,6)	6 (0,6)
Кровотечение	11 (1)	6 (0,6)
Прочие	3 (0,3)	2 (0,2)
Всего...	87 (7,9)	39 (4)

Примечание. n — число больных.

Структура основных осложнений осталась та же, но значительно уменьшилась их частота; так, недостаточность культи бронха снизилась с 3,9 до 2,6 %, частота пневмоний с 13 до 6,5 %. Уменьшилось и число осложнений, приведших к летальному исходу (табл. 2).

Это является отражением совершенствования предоперационной подготовки, хирургической техники и послеоперационного ведения больных. По мере накопления опыта проводился анализ различных групп больных (табл. 3).

Обобщенная оценка отдаленных результатов хирургического лечения плоскоклеточного и аденогенного рака легкого показала их прямую зависимость от местной распространенности опухоли. Эта закономерность общепризнана, и результаты лечения в различных клиниках близки между собой. Обращает внимание то, что даже при относительно благоприятных стадиях T1—2N0M0 20—40 % больных не переживают 3-летний срок, а половина пациентов умирают до 5 лет. Такое положение связано с невозможностью установления истинной распространенности опухоли, с несовершенством действующей классификации и отчасти с методикой оперирования. В связи с этим были предприняты попытки дооперационного индивидуального прогнозирования отдаленных результатов на основании предоперационных данных с использованием методов математического анализа.

В результате были разработаны многомерные решающие правила для больных плоскоклеточным и аденогенным раком, позволяющие оценить отношение вероятностей неблагоприятного и благоприятного исходов операции для конкретного больного. Достоверность решающего правила оценивалась по экзаменационной выборке и позволяла с минимальной точностью 73,4 % при

плоскоклеточном раке и 77 % при аденокарциноме прогнозировать 3-летний исход хирургического лечения. На сегодняшний день эти результаты нельзя использовать однозначно, так как понятно несовершенство архивных данных и не учитывались возможности таких современных методов обследования, как компьютерная томография, оценка ультраструктурных особенностей и т. д., но дальнейшая разработка различных вариантов предоперационного индивидуального прогнозирования представляется перспективной.

Необходимость расширенных и комбинированных операций при раке легкого давно дискутируется. Наши исследования охватывают опыт лечения 186 больных, что составило 16,9 % от всех радикально оперированных в 1962—1981 гг. Следует отметить, что в 1977—1981 гг. объем таких вмешательств увеличился до 26,8 % по сравнению с 5,3 % в предыдущие годы. Если комбинированные вмешательства выполняются при прорастании или интимном подрастании к соседним анатомическим образованиям, то термин «расширенная операция», который подразумевает удаление лимфатических узлов и клетчатки средостения, требует уточнений. Действительно, можно ли говорить о «расширенной операции» с удалением, например, паратрахеальных лимфатических узлов при их метастатическом поражении? Другой вид операции при этом был бы паллиативным. В то же время удаление клетчатки средостения при отсутствии в ней метастазов теоретически как будто бы должно повышать радикальность операции. В практике поэтому бытуют соответственно такие термины, как расширенная операция по «вынужденным» и «принципиальным» показаниям. Понятно, что это совершенно разные онкологические ситуации, требующие корректной оценки. Именно поэтому сравнение результатов этих операций в различных клиниках представляет большие трудности.

Результаты наших операций, выполненных при отсутствии метастазов в средостении, таковы: из 62 больных с I стадией (T1—2N0M0) 5 лет прожили 24 (38,7 %), а из 24 со II стадией (T1—2N1M0) — 4 (16,4 %). Сравнение 3-летней продолжительности жизни после типичных и расширенных операций при аналогичной распространенности опухоли показало преимущество последней среди больных с распространенностью T1—2N1M0 — соответственно жили 45 и 28,6 % пациентов. При T1—2N0M0 этого не выявлено: более 3 лет жили 68,4 и 64,9 % соответственно.

Комбинированные (59) и расширенные по «вынужденным» показаниям (38) операции были выполнены при III стадии, 7 из них погибли от послеоперационных осложнений. Очевидно, что эти вмешательства более травматичны, в то же время при метастатическом поражении лимфатических узлов средостения 3 года прожили всего 15,1 % больных (5 из 33), после комбинированных операций с резекцией органов средостения — 8 % (2 из 25), а с резекцией грудной стенки — 25,8 % (8 из 31).

Анализ 3-летних результатов в зависимости от распространенности показал следующее: при T1—2N0—1M0 из 46 больных прожили 11 (23,9 %) при T1—2N2M0 — из 33 — 5 (15,1 %), а при T3N2M0 ни один больной из 10 не дожил до 3 лет. Эти данные позволяют считать целесо-

Таблица 3
Общая характеристика анализируемых групп больных

Сведения о больных	Анализируемые группы больных					
	ПК	АК	Расши- ренные и ком- биниро- ванные опера- ции	Первич- но ослож- ненный рак	Эко- ном- ные резек- ции	Боль- ные стар- ше 70 лет
Число больных	588	320	186	426	129	128
В том числе:						
ПК			127	348	55	81
АК			47	47	52	28
НД			15	31	13	19
Пол:						
мужчины	570	215	174	415	92	110
женщины	18	104	12	11	37	18
Возраст, годы:						
до 50	129	58	42	98	12	—
50—59	291	155	104	214	47	—
60—69	135	97	40	104	40	—
70 и старше	33	—	—	10	30	128
Центральный рак	334	38	121	250	—	36
Периферический рак	254	282	65	89	129	92
T1—2N0M0	280	162	62	137	90	71
T1—2N1M0	138	46	28	60	—	21
T3N0M0	99	23	37	112	15	10
T3N1M0	31	11	15	51	—	—
T1—3N2M0	40	38	44	57	15	18
TNM1	—	40	—	9	9	1

Примечание. ПК — плоскоклеточный рак, АК — аденокарцинома, НД — недифференцированный рак.

образным выполнением расширенных операций по «принципиальным» показаниям при распространенности опухоли T1—2N1M0, большая распространенность снижает целесообразность выполнения этих вмешательств. Комбинированные операции с резекцией грудной стенки, перикарда, особенно без поражения лимфатических узлов, на наш взгляд, оправданы.

На одном из этапов нашей работы был проведен анализ группы больных (426 человек), у которых наличие опухоли сопровождалось осложнениями: у 125 имелся распад опухоли, у 301 — различные степени обструкции бронха с нарушением вентиляции и вторичной пневмонией. Такого рода пациенты за период 1976—1987 гг. составили почти половину оперированных. При первичном обследовании у них, особенно при нарушении бронхиальной проходимости, возникают иногда значительные дифференциально-диагностические трудности в связи с преобладанием симптомов воспаления. Поэтому только 28,8 % из этой группы были направлены к онкологу в течение 1-го месяца, остальным диагноз был поставлен в более поздние сроки, в том числе 24,7 % — свыше 6 мес. Хирургическое лечение этих больных имеет свои особенности, так как сопутствующая в той или иной мере гнойно-воспалительная интоксикация требует усиленной предоперационной подготовки с включением антибактериальной терапии, дренирующих (санационных) мероприятий, дезинтоксикационной терапии, коррекции сердечно-сосудистой деятельности, свертывающей системы крови и других функций организма. Только 7 % больных не нуждались в предоперационной подготовке. Сама операция часто представляет значительные сложности из-за сопутствующего воспалительного процесса, развития спаек, повышенной кровоточивости тканей, трудностей в определении границ опухоли и поражения лимфатических узлов. Встречающийся при этом плевральный выпот чаще является следствием воспаления и не должен быть противопоказанием к операции. Опасность вскрытия опухоли или полости абсцесса требует повышенной осторожности при выделении легкого. В силу интраоперационных сложностей и того, что в этой группе преобладали больные с III стадией, 187 из них были произведены расширенно-комбинированные операции. Закономерно, что эти хирургические вмешательства сопровождаются повышенным числом гнойных осложнений — из 147 больных с послеоперационными осложнениями они наблюдались у 110, из них бронхиальный свищ у 24 (5,6 % по отношению ко всей группе больных с осложненным течением опухоли и 12,8 % относительно к выполненным расширенно-комбинированным операциям), причем в 1976—1981 гг. у 17 человек (4 и 9,1 %), а в 1982—1987 гг. у 7 (1,6 и 3,7 %), и эмпиема плевры без недостаточности бронхиального шва у 15 (3,5 и 8 %), пневмония у 34 (8 и 18,2 % соответственно) больных.

При типичных резекциях, пневмонэктомиях, расширенно-комбинированных и паллиативных операциях послеоперационная летальность составила 4,3—4,7—5,9—9,1 % соответственно. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения этой категории больных, кроме общеизвестных закономерностей, выявила, что 5-летние результаты оказались достоверно выше ($29,5 \pm 4,6$ и $15 \pm$

$\pm 5,2$ %) у больных, у которых не отмечалось нарушения этапности метастазирования в лимфатические узлы корня легкого и средостения; характер осложнения (распад опухоли или обструктивная пневмония) не влияет на продолжительность жизни.

К настоящему времени целесообразность выполнения резекции легкого в объеме лоб- или билобэктомии при соответствующих показаниях не оспаривается. Стремление еще более уменьшить объем операции — до резекции доли — связано со значительным числом пожилых и старых больных, страдающих выраженными сопутствующими заболеваниями, а также отражает тенденцию к органосохраняющим операциям в целом в онкологии. Мысль о возможности ограничиться даже сегментэктомией как операцией более щадящей и менее нарушающей функцию дыхания была высказана А. И. Бакулевым еще в 1952 г. В мировой практике накоплен значительный опыт этих операций, наши наблюдения основаны на выполнении сегментарных и клиновидных резекций у 129 больных, из них 70 были старше 60 лет. Только у 10,9 % не отмечены сочетанные клинические проявления ишемической болезни сердца, пневмосклероза, эмфиземы легких, хронического бронхита, заболевания периферических сосудов. У 46 и 40 % больных анестезиологический риск оценен III и IV степенью соответственно. Естественно, преобладали больные (90) с распространенностью опухоли T1—2N0M0, только у 15 она соответствовала T1—3N1—2M0—1.

Оценка отдаленных результатов показала, что онкологическую целесообразность экономных резекций определяет распространенность опухоли: 5 лет при T1N0M0 прожили 61,9 %, при T2N0M0 — 50 % (что оказалось сравнимо с результатами лобэктомий — 64 и 49 % соответственно). Неоперированные больные с такой же распространенностью только в 16,7 и 5,9 % случаев пережили 5 лет. Анализ сегментарных и клиновидных резекций, а предпочтительной является сегментэктомия, позволил выявить 2 основных критерия радикальности: 1) диаметр опухоли не должен превышать 4 см, 2) линия резекции должна проходить не менее чем на 3 см от края опухоли. Аналогичные операции, выполненные при большей распространенности опухоли (T1—3N1—2M0—1), всегда паллиативны.

Это клиническое исследование также было дополнено разработкой методики индивидуального прогнозирования отдаленных результатов с помощью методов структурной минимизации риска и алгоритма Байеса с выделением оптимальных совокупностей факторов, влияющих на отдаленные результаты. На основе этого построены таблицы решающих правил, позволяющие с точностью 84 и 82 % индивидуально прогнозировать 3- и 5-летние результаты после сегментарных и клиновидных резекций.

Одним из резервов расширения хирургического метода лечения являются операции у больных старше 70 лет. Применение их ограничено естественными процессами старения и сопутствующими заболеваниями. Большинству этих больных отказывают в лечении, особенно хирургическом, в районных поликлиниках и больницах. Основой реализации этого резерва является индивидуальная

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