

Таким образом, наш опыт показывает, что наличие осложнений при раке желудка не является противопоказанием к выполнению расширенных и комбинированных операций. Объем и тактику оперативного вмешательства необходимо выбирать индивидуально.

По нашему мнению, перспектива улучшения отдаленных результатов лечения больных с осложненными и распространенными формами рака желудка — в дальнейшем совершенствовании техники абластики при выполнении оперативного вмешательства (визуализация лимфоколлекторов) и методов комплексного лечения как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде.

Поступила 07.04.92.

УДК 616.352-006.6-08

В.И. Кныш, Ш.К. Мухаммедаминов, Е.Л. Ожиганов

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Онкологический научный центр РАМН, Москва
НИИ клинической онкологии*

В настоящее время не наблюдается улучшения в диагностике и лечении больных с новообразованиями ободочной кишки. Основной и наиболее эффективный метод лечения данного заболевания — хирургический [1, 5]. Часто первые признаки заболевания выявляются при значительном местном распространении опухоли и нередко сопровождаются такими осложнениями, как кишечная непроходимость, перфорация, абсцедирование опухоли и кровотечение [3, 4]. Большинство больных с осложненными формами госпитализируют по экстренным показаниям в общехирургические стационары для оказания неотложной помощи. Однако единой твердо установленной тактики в выборе метода операций у данной категории больных пока нет. Одни авторы рекомендуют ограничиться наложением разгрузочной колостомы, откладывая выполнение радикальной операции на второй этап лечения, другие стремятся произвести первичную резекцию пораженного отдела кишки как с наложением первичного анастомоза, так и по типу обструкционных резекций [3, 11, 15, 16]. Нередко вовлечение в опухолевый процесс смежных органов считают противопоказанием к радикальной операции, хотя в имеющихся публикациях есть

указания на возможность выполнения радикальной операции даже при значительном местном распространении рака ободочной кишки [6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14]. Сторонники осуществления паллиативных операций при осложненном раке толстой кишки ссылаются на высокую степень опасности расхождения швов межкишечного анастомоза и связанный с этим риск для жизни больных.

Один из путей улучшения результатов лечения — выполнение операций у больных раком толстой кишки, ранее признанных неоперабельными или подвергнутых необоснованному хирургическому лечению [2, 4].

Среди больных, поступающих в ОНЦ РАМН и РОНЦ г. Ташкента для лечения, особую группу составляют пациенты, которым ранее в других лечебных учреждениях были произведены пробные операции или паллиативные вмешательства. Нами проанализированы результаты 201 повторной операции, выполненной больным первичным раком сигмовидной кишки. Из них в ОНЦ РАМН с 1954 по 1990 г. находились 114 пациентов, а в РОНЦ г. Ташкента с 1970 по 1990 г. — 87. Возраст больных колебался от 18 до 84 лет. По возрасту больные распределились следующим образом: до 30 лет — 31, от 31 года до 40 лет — 36, от 41 года до 50 лет — 40, от 51 года до 60 — 52, старше 61 года — 42 больных. Мужчин было 109, женщин — 92. Ранее в неспециализированных стационарах произведены операции 187 (93%) больным, из них в общехирургических отделениях — 179 (89%), в гинекологических стационарах — 8 (4%). В онкологических диспансерах проведено хирургическое лечение 14 (7%) больных. Большинство больных — 159 (79,1%) — оперированы в общехирургических стационарах по экстренным показаниям. Распределение больных по характеру ранее выполненного оперативного вмешательства представлено в табл. 1.

Как видно из данных, представленных в табл. 1, основными операциями были наложение различных колостом (47,8%), формирование обходных анастомозов (18,4%) и пробная лапаротомия (15,4%). При операциях по поводу выраженной толстокишечной непроходимости, обусловленной наличием стенозирующей опухоли, и при тяжелом состоянии больных на первом этапе оправдано наложение разгрузочной колостомы. Прекращение движения каловых масс по пораженному сегменту кишки приводит к значительному уменьшению инфицированности и стиханию воспалительного процесса. Через некоторое время вследствие уменьшения воспаления в отключенном отделе-

Т а б л и ц а 1. Распределение больных первичным раком ободочной кишки в зависимости от ранее выполненной операции

Операция	Больные	
	абс. число	%
Цекостомия	47	23,4
Формирование обходных анастомозов	37	18,4
Пробная лапаротомия	31	15,4
Аппендэктомия	23	11,4
Сигмостомия	21	10,4
Трансверзостомия	19	9,5
Илеостомия	7	3,5
Надвлагалищная ампутация матки и удаление придатков матки	5	2,5
Дренирование абсцесса брюшной полости	5	2,5
Сигмостомия и цекостомия	2	1,0
Гемиколэктомия	2	1,0
Грыжесечение	1	0,5
Холецистэктомия	1	0,5
В с е г о	201	100,0

становится возможным радикальное удаление опухоли.

Ограничиться эксплоративной лапаротомией можно только при небольших размерах новообразования и отсутствии сужения просвета кишки, обширной диссеминации опухоли по брюшине и тотальном метастатическом поражении печени.

Неправильная интерпретация симптомов заболевания и диагностические ошибки явились причиной выполнения операций на матке и придатках у женщин, аппендэктомии, наложения двух колостом. Неожиданное выявление опухоли ободочной кишки во время операции привело к неправильной оценке степени местной распространенности опухоли и ошибочному суждению о ее нерезектабельности. Двум больным с первично-множественными опухолями ободочной кишки произведена гемиколэктомия и при этом оставлена вторая опухоль.

Особо следует остановиться на анализе причин отказов от радикальных операций. При анализе медицинских документов (выписки из истории болезни, протоколы операций) были выявлены в основном следующие причины: 1) осложненное течение заболевания (кишечная непроходимость, перфорация и абсцедирование опухоли, перитонит) — в 95 (47,3%) случаев; 2) значительная местная распространенность опухолевого процесса с вовлечением смежных органов — в 55 (27,3%); 3) неподготовленность или недостаточная квалификация оперирующего хирурга — в 51 (25,4%). Следует отметить, что в некоторых случаях отмечалось несколько причин.

Однако в большинстве наблюдений после операций не было проведено комплексное обследование больных для уточнения распространенности опухолевого процесса, не проводилось динамическое наблюдение за ними, больных не направляли в специализированные учреждения для оценки возможностей выполнения повторной радикальной операции.

Минимальный срок поступления больных в ОНЦ РАМН и РОНЦ г. Ташкента после первого оперативного вмешательства составил 1 мес, максимальный — 43 мес. Большинство больных — 91 (45,3%) — поступили не позже чем через 3 мес после первого оперативного вмешательства, 62 (30,8%) — через 4—6 мес, 35 (17,4%) — через 7—12 мес, 13 (6,5%) — через 12 мес. Средний интервал между первой операцией и поступлением составил 4,4 мес.

В ОНЦ РАМН и РОНЦ г. Ташкента проводили комплексное клинко-рентгенологическое обследование, включавшее ирригоскопию, селективную ангиографию пораженного органа и печени, эндоскопическое исследование толстой кишки, компьютерную и ультразвуковую томографию, внутривенную урографию и др. Эти методы позволили уточнить распространенность опухолевого процесса по стенке кишки, наличие внекишечного компонента, инфильтрацию окружающих тканей и органов, отсутствие поражения печени и т.д. Данные о стадии и локализации опухоли в ободочной кишке представлены в табл. 2.

Из данных, представленных в табл. 2, видно, что выявлена значительная местная распространенность опухолевого процесса, классифицируемая как III (у 54,7%) и IV (у 43,3%) стадии заболевания. Больных со II стадией было 2%, и при изучении медицинских документов установлено, что они были оперированы в неспециализированных учреждениях и у них отмечалась гипердиагностика распространенности опухолевого процесса. Наиболее часто опухоль локализовалась в слепой (20,8%) и сигмовидной (35,3%) кишках.

После обследования и установления распространенности опухолевого процесса больных повторно оперировали. Выбор вида оперативного вмешательства зависел от локализации и распространенности опухоли, состояния больного и характера ранее выполненной операции. Радикальные операции произведены 142 (70,6%) больным, паллиативные — 17 (8,5%), а у 42 (20,9%) больных первичный очаг удалить не удалось. Таким образом, показатель резектабельности достиг 79,1%, что практически не отличается от аналогичного показателя при первичной радикальной операции

Т а б л и ц а 2. Распределение больных в зависимости от стадии и локализации опухоли в ободочной кишке

Локализация		Стадия						Всего больных	
		IIa	IIб	IIIa	IIIб	IVa	IVб	абс. число	%
Слепая кишка		1	—	14	14	6	7	42	20,8
Восходящий отдел		—	—	6	5	7	2	20	10,0
Печеночный изгиб		—	—	6	4	4	2	16	8,0
Поперечная ободочная кишка		—	—	3	2	7	1	13	6,4
Селезеночный изгиб		—	—	4	5	5	6	20	10,0
Нисходящий отдел		—	—	9	1	3	2	15	7,5
Сигмовидная кишка		1	2	15	20	21	12	71	35,3
Первично-множественные опухоли		—	—	1	1	—	2	4	2,0
И т о г о	абс. число	2	2	58	52	53	34	201	
	%	1,0	1,0	28,9	25,8	26,4	16,9		100,0

рака ободочной кишки. Данные о характере повторных операций, выполненных в ОНЦ РАМН и РОНЦ г. Ташкента, представлены в табл. 3.

У 64 (31,8%) больных оперативное вмешательство было комбинированным, т.е. произведена резекция смежных органов, вовлеченных в патологический процесс. При этом резекция брюшной стенки выполнена 32 больным, удаление придатков матки — 15, резекция петли тонкой кишки — 15, резекция мочевого пузыря — 8, резекция желудка — 6, атипичная резекция печени — 4, экстирпация матки с придатками — 4, краевая резекция стенки двенадцатиперстной кишки — 3, резекция хвоста поджелудочной железы — 3, нефрэктомия — 3, спленэктомия — 2, резекция сигмовидной кишки — 2, резекция дна желчного пузыря — 1. Необходимо отметить, что 21 больному произведена резекция двух смежных органов, а 7 — резекция трех органов.

Технику выполнения типичных и комбинированных операций мы не описываем, так как они достаточно подробно рассмотрены в литературе. Паллиативные резекции выполняли при наличии одиночных метастатических узлов в печени и поражении забрюшинных лимфатических узлов.

Паллиативные операции производили при обширной диссеминации опухолевого процесса. Они заключались в наложении обходных анастомозов или двустольных колостом, реконструкции ранее наложенных пристеночных стом, которые не обеспечивали полной изоляции пораженной опухолью кишки.

Формирование анастомоза с помощью аппарата АКА-2 выполнено у 59 больных, а ручное формирование анастомоза — у 57 больных. Аппарат ПКС-25 использован в 1 случае. Анастомоз по типу конец в бок сформирован у 48 больных, конец

в конец — у 44, бок в бок — у 25. У 20 больных сохранен ранее наложенный анастомоз. Обструкционные резекции выполнены у 10 больных.

В послеоперационном периоде умерло 20 (9,9%) больных. Основными причинами смерти являлись несостоятельность анастомоза толстой кишки (6), перитонит (6), острая сердечно-сосудистая недостаточность (3), несостоятельность швов анастомоза желудка (2), тромбоэмболия легочной артерии (1), острый панкреатит и почечная недостаточность (1), анафилактический шок при введении антибиотика (1).

С помощью метода построения таблиц "дожития" нами изучены отдаленные результаты радикального хирургического лечения. После радикальных операций 5-летняя выживаемость составила $41 \pm 7,5\%$. Остальные больные умерли в ос-

Т а б л и ц а 3. Распределение больных в зависимости от вида повторных операций

Вид операции	Всего больных		Из них умерли	
	абс. число	%	абс. число	%
Правосторонняя гемиколэктомия	68	33,8	6	8,8
Резекция поперечной ободочной кишки	7	3,5	2	28,6
Резекция селезеночного изгиба	1	0,5	—	—
Левосторонняя гемиколэктомия	43	21,4	1	2,3
Резекция сигмовидной кишки	28	13,9	4	14,3
Операция Гартмана	12	6,0	2	16,7
Паллиативные операции	42	20,9	5	11,9
И т о г о	201	100,0	20	9,9

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. проктोल. — 1985. — Вып. 6. — С. 115—117.
7. Турицев С.Ю. // Пробл. проктोल. — 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