

ния значительно хуже (44,4 и 98,7 %; $p < 0,05$).

Выводы. 1. Изоперистальтическое перемещение желудка с эзофагогастроанастомозом в правой или левой плевральной полости — простой и относительно безопасный способ пластики пищевода при раке его средне- и нижнегрудного отделов.

2. Эта операция является методом выбора при местно-распространенном раке пищевода, выявляемом у большинства больных, поскольку в этом случае в связи с неблагоприятным онкологическим прогнозом основная цель хирургического лечения — восстановление в максимально короткие сроки возможности питаться естественным путем.

3. Антиперистальтическая эзофагопластика стеблем из большой кривизны желудка с отсроченным формированием эзофагогастроанастомоза на шее остается объектом дальнейших исследований в хирургии рака пищевода. Ее применение оправдано меньшим нарушением функции желудка, чем при других способах эзофагогастропластики, и, как следствие, более физиологичным пищеварением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Е. В., Байтингер В. Ф. // Грудная хир.— 1984.— № 10.— С. 76—79.
2. Березов Ю. Е., Ермолова А. С. // Грудная хир.— 1978.— № 3.— С. 98—102.
3. Воронов А. А., Васильев В. Н., Бобылев Н. В., Шаров Ю. К. // Вестн. хир.— 1987.— № 10.— С. 14—18.
4. Ганул В. Л. // Хирургия.— 1980.— № 10.— С. 31—35.
5. Кухаренко В. М. Шейный пищеводно-желудочный анастомоз при эзофагопластике антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка (клинико-анатом. исследование): Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1978.
6. Мамонтов А. С., Ороховский В. И., Иванов П. А., Василенко Л. И. // Вестн. хир.— 1986.— № 8.— С. 15—20.
7. Akiyama H., Miyazono H., Tsurumaru M. et al. // Ann. Surg.— 1978.— Vol. 188, N 5.— P. 606—610.
8. Bombeck C. T., Coelho R. G. P., Nyhus L. M. // Surg. Gynec. Obstet.— 1970.— Vol. 130, N 6.— P. 1035.
9. Boyd A. D., Cukingnan R., Engelman R. M. et al. // J. thorac. cardiovasc. Surg.— 1975.— Vol. 70, N 5.— P. 817—825.
10. Sugimashi K., Yaita A., Ueo H. et al. // Amer. J. Surg.— 1980.— Vol. 140, N 3.— P. 471—474.
11. Xu Le-Tian, Sun Zhen-Fu, Li Ze-Jian, Wu Lian-Hun. // Ann. thorac. Surg.— 1983.— Vol. 35, N 5.— P. 542—547.

Поступила 18.01.90

GASTRIC ESOPHAGOPLASTIC FOR ESOPHAGEAL CARCINOMA

M. I. Davydov, S. N. Nered, V. A. Kuzmichov, S. M. Volkov

The 30-year's experience includes 293 esophageal resections for carcinoma, completed with esophagogastrostomy at the thoracic or cervical level. Resections were performed according to the method of Garlock (73), Lewis (178) and Dobromyslov — Torek (36). This paper compares isoperistaltic esophagoplastic with whole or resected stomach (257) and antiperistaltic — with a tube from the greater gastric curvature (36). We will assess the choice of an esophageal substitute, the creation of esophago-gastric anastomosis, and the functional consequences of surgical intervention.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1990

УДК 616.36/37-006.6-07

Ю. И. Патютко, А. А. Клименков, В. М. Самойленко, А. Б. Итин, А. Т. Лагошин

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

НИИ клинической онкологии

Проблема своевременной диагностики и радикального хирургического лечения рака органов панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) является на сегодняшний день одной из актуальных в онкологии. Из четырех основных исходных локализаций опухолей этой зоны — поджелудочная железа, большой дуоденальный сосок (БДС), двенадцатиперстная кишка и терминальный отдел общего желчного протока — ведущее место в этом вопросе отводится раку поджелудочной железы (РПЖ), составляющему 60—80 % всех новообразований ПДЗ. Мировая статистика последних лет свидетельствует о непрерывном росте заболеваемости РПЖ в индустриально развитых странах. Так, например, в США за последние 50 лет она увеличилась более чем в 3 раза и достигает уровня 9 на 100 тыс. населения. В Москве за период с 1971 по 1980 гг. заболеваемость РПЖ возросла с 5,6 до 7,8 на 100 тыс. среди мужчин. Особенности опухолей данной локализации являются поздняя их диагностика и низкая резектабельность (10—15 %) [1, 2, 3, 4]. Одним из наиболее важных и перспективных направлений в диагностике и радикальном лечении больных раком органов ПДЗ следует считать поиск методов скрининга на доклинических стадиях заболевания, а также совершенствование методов дифференциальной диагностики и хирургической техники.

Во Всесоюзном онкологическом научном центре АМН СССР за период с 1975 по 1988 г. находились на обследовании и лечении 562 больных заболеваниями органов ПДЗ, в том числе у 419 из них были диагностированы опухоли, а у 143 —

Таблица 1

Общая характеристика морфологического строения опухолей органов панкреатодуоденальной зоны

Опухоли	Всего	Локализация			
		поджелудочная железа	БДС	двенадцатиперстная кишка	внепеченочные желчные протоки
Злокачественные	409	296	54	24	35
высокодифференцированная аденокарцинома	190	115	48	17	10
недифференцированный рак	91	75	4	5	7
ацинарный рак	6	6	—	—	—
цистаденокарцинома	4	4	—	—	—
карциноид (опухоли APUD-системы)	23	21	1	1	—
неэпителиальные	2	1	—	1	—
без уточненного генеза	93	74	1	—	18
Доброкачественные	10	4	2	4	—
аденома	5	1	2	2	—
цистаденома	3	3	—	—	—
неэпителиальные	2	—	—	2	—
Итого...	419	300	56	28	35

Общая характеристика инструментальных методов обследования больных опухолями органов панкреатодуоденальной зоны

Метод обследования	Всего обследованных больных	Локализация опухоли			
		поджелудочная железа	дуоденальный сосок	двенадцатиперстная кишка	внепеченочные желчные протоки
Дуоденография (ДГ)	197	134	25	24	14
Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)	296	194	51	28	23
Ультразвуковое исследование (УЗИ)	223(41)*	159(40)	28	20(1)	16
Компьютерная рентгеновская томография (КТ)	283(8)*	211(7)	34	16(1)	22
Ангиография (АГ)	204	154	19	15	16
Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)	108	85	11	—	11
Лапароскопия (ЛС)	75(12)**	54(8)	7(3)	4	10(1)
Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ)	34(28)***	19(15)	5(4)	—	10(9)
Сцинтиграфия ПЖ (СцГ)	83	59	7	6	11

* В том числе прицельная пункционная биопсия

** Холецистостомия

*** Холангиостомия

хронический индуративный панкреатит и кисты поджелудочной железы. Как следует из табл. 1, основную массу наблюдений составили опухоли поджелудочной железы, из них злокачественные — у 296 больных, т. е. 71 % всех новообразований органов ПДЗ. Среди злокачественных опухолей в 45,3 % случаев выявлена высококодифференцированная аденокарцинома, в 21,7 % — недифференцированный рак, в 5,5 % — злокачественный карциноид и другие опухоли APUD-системы.

В настоящее время не существует общепринятой классификации рака органов ПДЗ по стадиям. Критериями операбельности и резектабельности опухоли служат ее размеры, инфильтрация окружающих органов и структур, наличие регионарных и отдаленных метастазов. При анализе клинического материала выявлено, что опухоли размерами менее 3 см имели место лишь у 19 % больных, причем наиболее часто при локализации в области большого дуоденального соска (68 %) и внепеченочных желчных протоков (59 %). Опухоли поджелудочной железы менее 3 см отмечены лишь у 9 %, а двенадцатиперстной кишки — у 15 % больных. В 60,5 % наблюдений до начала лечения обнаружена IV стадия опухолевого процесса, обусловленная как местным распространением, так и наличием отдаленных метастазов, при этом у 13 % этих больных еще была возможна попытка расширенной операции типа региональной панкреатодуоденэктомии (операции Fortner). Опухоли, не выходящие за пределы органа, были выявлены лишь у 9 % больных, причем среди новообразований поджелудочной железы их доля составила 4 %, большого дуоденального соска — 22 %, двенадцатиперстной кишки — 5 %, внепеченочных желчных протоков — 17 %.

Дифференциальная дооперационная диагностика заболеваний органов ПДЗ была комплексной и основывалась на клинико-лабораторных и инструментальных методах обследования. Наряду с общеизвестными клиническими и биохимическими анализами, новым подходом в изучении возможностей клинико-лабораторных методов обследования в дифференциальной диагностике рака органов ПДЗ явилось изучение диагностической значимости радиоиммунологических тестов, для чего использовались коммерческие наборы для определения опухолеассоциированного карбогидратного антигена (СА-19-9) (206 больных), глюкагона (61 больной), холиглицина (74 больных), С-пептида (72 больных), трипсина (70 больных), эластазы (75 больных), раково-эмбрионального антигена (РЭА) (213 больных). Единственным специфическим тестом на наличие опухоли органов ПДЗ, и в первую очередь, рака поджелудочной железы, явился высокий уровень СА-19-9. Чувствительность этого теста при раке ПЖ составила 96 %.

С целью уточненной дифференциальной диагностики был использован целый ряд инструментальных методов обследования (табл. 2). При сравнительной оценке их результатов установлено, что наиболее информативным методом в диагностике опухолей органов ПДЗ является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чувствительность, специфичность и точность которой при всех локализациях остаются самыми высокими (94—100, 84—99, 89—99 % соответ-

ственно). Дуоденография наиболее информативна при опухолях двенадцатиперстной кишки, эзофагогастродуоденоскопия — при опухолях большого дуоденального соска и двенадцатиперстной кишки. Ультразвуковое исследование и компьютерная рентгеновская томография являются методами выбора среди неинвазивных инструментальных методов обследования при опухолях поджелудочной железы, их чувствительность составила соответственно 83 и 85 %. В то же время эти методы отличаются сравнительно низкой специфичностью, что в 35 и 23 % случаев приводит к постановке ложноположительных диагнозов. В диагностике опухолей внепеченочных желчных протоков наиболее информативными методами обследования следует признать ЭРХПГ и чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ), чувствительность которых достигает 100 %.

Таким образом, в целях уточненной диагностики опухолей органов ПДЗ до настоящего времени не существует единого инструментального метода обследования. Лишь дополняя друг друга, все вышеперечисленные методы обследования могут дать максимальную информацию об опухолевом процессе и помочь решить вопрос о выборе тактики лечения. Для более эффективного их применения необходимо создание алгоритма, приемлемого для каждой из локализаций опухолей ПДЗ. Так, например, для дифференциальной диагностики опухолей двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального соска целесообразно использование на I этапе обследования гипотонической дуоденографии и ЭГДС с последующими УЗИ и/или КТ. При опухолях поджелудочной железы (ОПЖ) и опухолях внепеченочных желчных протоков (ОВПЖ) обследование следует начинать с УЗИ и/или КТ с последующим применением ЭРХПГ и ЧЧХГ. Завершающим этапом обследования является АГ, решающая вопрос о резектабельности опухоли. Лапароскопия (ЛС) как самостоятельный метод обследования малоинформативна при опухолях органов ПДЗ, однако, расширяя диагностический этап формированием

наружной холецистостомии, метод приобретает важное лечебное значение. Сцинтиграфия поджелудочной железы в связи с низкой информативностью не может быть применена в дифференциальной диагностике ОПЖ, однако, учитывая сравнительно высокую специфичность, она может быть использована на первых этапах обследования в качестве скрининга. Новым перспективным направлением в диагностике ОПЖ стала прицельная чрескожная пункционная биопсия опухоли под контролем УЗИ или КТ. Чувствительность метода при первичных злокачественных ОПЖ составила, по нашим данным, более 80 %.

Хирургическому лечению подверглись 318 больных опухолями органов ПДЗ, что составило 75,9 % всех наблюдений. Радикальные операции были возможны у 16,7 % (табл. 3). Как следует из приведенных данных, наибольшая резектабельность отмечена при опухолях большого дуоденального соска (ОБДС) — 54 %, при опухолях ДК она составила 36 %, ОПЖ — 9,7 %, ОВЖП — менее 3 %. Преимущественным видом радикальных операций явилась гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). При сравнении ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения в зависимости от объема и вида операций установлено, что общая послеоперационная летальность составила 19 %, в том числе после радикальных операций — 27 %, паллиативных — 16 %, пробных лапаротомий — 20 %. Однако при сравнительном анализе летальности после радикальных операций по годам отмечено заметное ее снижение за последние 4 года с 35 до 19 % (табл. 4). Снижение летальности обусловлено совершенствованием оперативной техники, анестезиологической и реанимационной помощи.

Статистический анализ отдаленных результатов показал преимущество радикальных операций

Таблица 3

Общая характеристика хирургического лечения опухолей органов панкреатодуоденальной зоны

Объем и виды операций	Всего абс.*	Локализация опухоли			
		поджелудочная железа	БДС	двенадцатиперстная кишка	внепеченочные желчные протоки
Радикальные	70 (19)	29 (6)	30 (9)	10 (3)	1 (1)
ПДЗ	4 (2)	2 (1)	1 (1)	1	—**
гастропанкреатодуоденальная резекция	42 (12)	17 (4)	19 (5)	5 (2)	1 (1)
резекция поджелудочной железы	9 (1)	9 (1)	—**	—**	—**
папилэктомия	10 (3)	—**	10 (3)	—**	—**
резекция двенадцатиперстной кишки	5 (1)	1	—**	4 (1)	—**
Паллиативные	192 (30)	135 (16)	21 (4)	12 (2)	24 (8)
Пробная лапаротомия	56 (11)	50 (9)	—**	1 (1)	5 (1)
Итого...	318 (60)	214 (31)	51 (13)	23 (6)	30 (10)

* В том числе умерли после операции;

** Рак эктопированной поджелудочной железы.

Таблица 4

Сравнительный анализ послеоперационной летальности радикально оперированных больных с опухолями органов ПДЗ с 1975 по 1988 гг.

Годы	Всего, абс	Объем радикальных операций		
		гастропанкреатодуоденальная резекция, тотальная резекция панкреатодуоденальной зоны	резекция поджелудочной железы, резекция двенадцатиперстной кишки	папилэктомия
1975—1984	34 (2)	18 (8)	8 (1)	8 (3)
1985—1988	36 (7)	28 (6)	6 (1)	2 (0)
Итого...	70 (19)	46 (14)	14 (2)	10 (3)

над другими видами хирургического лечения. Медиана времени жизни у радикально оперированных составила $33,6 \pm 4,6$ мес ($p < 0,0001$) по сравнению с $11,3 \pm 1,2$ и $9,6 \pm 1,7$ мес у больных, перенесших паллиативные и пробные вмешательства. Причем достоверной разницы отличия в последних двух группах нами не отмечено.

Таким образом, улучшения результатов лечения опухолей органов ПДЗ следует ожидать при своевременной их диагностике, основанной на использовании неинвазивных методов скрининга (определение уровня концентрации в крови СА-19-9, УЗИ и КТ) и последующего комплексного инструментального обследования (ЭРХПГ, пункционная биопсия под контролем УЗИ или КТ, ангиография). Несмотря на высокий риск, радикальные операции остаются методом выбора при опухолях органов ПДЗ, летальность после которых может быть снижена совершенствованием оперативной техники, анестезиологической и реанимационной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н. Н., Итин А. Б., Клименков А. А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков. — М., 1982.
2. Злокачественные новообразования в г. Москве в 1971—1980 г. (Статистический сборник) // Под ред. А. А. Леркова, М. Ш. Ахметова, В. Н. Сагайдака, Н. Н. Богута. — М., 1988.
3. Cubilla A. L., Fitzgerald P. J. // Cancer J. Clin. — 1985. — Vol. 35, N 1. — P. 2—18.
4. Falk R. E., Moffat F. L., Lawler M. et al. // Cancer. — 1986. — Vol. 57. — P. 685—688.

Поступила 18.01.90

STATUS AND PERSPECTIVES OF COMPLEX DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF CANCER OF PANCREATODUODENAL REGION

Yu. I. Patyutko, A. A. Klimenkov, V. M. Samojlenko, A. B. Itin, A. T. Lagoshny

Treatment results of 419 patients with tumors of biliopancreatoduodenal region have been analysed. Potentialities of up-to-date radioimmunological, biochemical and instrument diagnostic techniques have been discussed and the use of immunoenzyme tests (CA-19-9, etc.) with subsequent application of instrument techniques and obligatory tumor puncture under US and CT control have been shown to be perspective method of timely diagnosis. The only radical type of treatment for tumors of this site appears to be surgery. Recently postoperative mortality rate following radical surgeries has decreased

to 19 %, survival medial made 33.6 months. The improvement of treatment results may be achieved by extended surgeries, perfect surgical techniques, anaesthetic and intensive care.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1990
УДК 618.14-606-07-08

В. П. Козаченко, Б. О. Толокнов, К. К. Шалекенов
СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕ-
НИИ ХОРИОКАРЦИНОМЫ МАТКИ
НИИ клинической онкологии

Актуальность изучения хориокарциномы обусловлена ее возникновением преимущественно у женщин молодого возраста и большой опасностью для жизни и здоровья больных, несмотря на известные успехи применения противоопухолевых лекарственных средств [1, 2].

В отделении гинекологии ВОНЦ АМН СССР в период 1971—1978 гг. находились на лечении 346 пациенток с гистологически подтвержденным диагнозом хориокарциномы. Средний возраст больных составлял $31,2 \pm 2,8$ лет. Заболеванию предшествовали роды у 73 больных (21,1 %), самопроизвольный выкидыш у 61 больной (17,6 %), медицинский аборт у 131 больной (37,9 %), пузырный занос у 81 больной (23,4 %).

Для обследования больных были применены следующие методы: клинический, гистологический, рентгенологический (рентгенография грудной клетки, ангиография, гистеросальпингография, рентгеновская компьютерная томография), ультразвуковая компьютерная томография, гистероскопия, определение хорионического гонадотропина в моче и трофобластического β -глобулина в сыворотке крови.

Хориокарцинома I стадии была у 34 пациенток (9,8 %), II стадии — у 99 (28,6 %), III стадии — у 162 (46,8 %) и IV — у 51 (14,8 %).

Одной из характерных особенностей хориокарциномы является ее способность к интенсивному метастазированию. Метастазы в легких были обнаружены у 161 больной (46,5 %). Метастазы размером менее 2 см выявлены у 113 пациенток, что составляет 64,3 % по отношению ко всем больным хориокарциномой с метастазами в легких. Метастазы хориокарциномы в легкие величиной более 2 см имели 48 пациенток (35,7 %). Метастазы во влагалище обнаружены у 63 больных (18,2 %), в параметральной клетчатке у 17 (4,8 %), в яичниках — только у 4 больных (1,1 %). Текалютеиновые кисты в яичниках имели 65 больных (18,7 %).

Большое значение в диагностике хориокарциномы имеет определение хорионического гонадотропина (ХГ) в моче. Он был определен у 319 больных. Уровень его содержания колебался от 100 до 160 000 МЕ/л. Нормальный его уровень отмечен лишь у 19 (5,9 %), что могло быть связано с отсутствием поступления гормона в кровь из-за полного разрушения опухолевых элементов под влиянием проведенного ранее лечения, а также нарушения кровообращения в области опухолевого узла. У 93 пациенток (29,1 %) уровень ХГ превышал 10 000 МЕ/л.

Трофобластический β -глобулин в сыворотке крови был определен у 94 больных. Нормальный уровень его (до 3 нг/мл) был выявлен у 3 больных

(3,2 %), повышение (до 50 нг/мл) — у 39 (41,5 %), от 50 до 100 нг/мл — у 22 (23,4 %), свыше 100 нг/мл — у 30 (31,9 %). При этом заслуживает внимания совпадение результатов определения ХГ и трофобластического β -глобулина у 87,8 % больных, причем показатели последнего более точно коррелируют с клиническим течением заболевания.

Важное значение для диагностики хориокарциномы имеет тазовая ангиография. Она позволяет довольно точно судить о расположении опухолевого узла в матке или в другом органе малого таза (яичники, влагалище, параметрии), помогая определить лечебную тактику. Тазовая ангиография используется также для суждения об эффективности химиотерапии наряду с оценкой клинических данных и результатов применения методов радиоиммунологической диагностики. В нашем учреждении применяется и селективная фармакоангиография для более точного определения размеров опухоли и дифференцирования функционально измененных сосудов матки, пораженных опухолью.

Существенное значение в определении локализации хориокарциномы в полости матки имеет применение гистерографии [3], являющейся объективным методом распознавания хориокарциномы, который позволяет уточнить форму, размеры и степень распространенности опухолевого процесса в полости матки.

В последнее время с этой целью мы стали использовать и гистероскопию. Ее применение позволяет визуально оценить состояние стенок полости матки и произвести прицельное выскабливание матки с последующим морфологическим исследованием материала. Гистероскопия показана с целью дифференциальной диагностики хориокарциномы матки и плацентарного полипа, точного определения расположения опухоли и ее распространения в полости матки.

Совместное применение ультразвуковой компьютерной томографии, ангиографии и гистерографии или гистероскопии повышает возможности определения локализации, формы и размеров опухоли матки.

Из 346 больных хориокарциномой 202 (58,4 %) были первично лечены в отделении гинекологии ВОНЦ АМН СССР, 144 пациенткам лечение было начато в других лечебных учреждениях (онкодиспансерах по месту жительства, гинекологических отделениях при больницах и родильных домах).

В докладе Научной группы ВОЗ «Трофобластические болезни» [4] дана рекомендация проводить лечение пациенток с трофобластическими опухолями только в специализированных учреждениях, обладающих возможностями точной диагностики и контроля за эффективностью лечения. Правильность указанной рекомендации подтверждается результатами нашего исследования. Выживаемость пациенток, подвергшихся лечению в отделении гинекологии ВОНЦ АМН СССР, составила 73,3 %, а первично лечившихся в других учреждениях — 62,2 %.

О большой эффективности химиотерапии больных хориокарциномой матки свидетельствует то, что выживаемость больных, получавших только лекарственные препараты, составила 72,6 %, а в группе больных, подвергшихся комбинированному