

10. Lewis J.W., Madrazo B.L., Gross S.C. et al. The value of radiographic and computed tomography in the staging of lung carcinoma // *Ann. Thorac. Surg.* — 1987. — Vol. 34. — P. 553—558.
11. Otto H., Weydandt W., Bamier K.-J. Die Rolle der Thoraxnativdiagnostik beim intrathorakalen Staging des Bronchial-Carcinoms // *Röntgenpraxis.* — 1987. — Bd 40. — S. 85—91.
12. Osborne D.R., Korobkin M., Ravin C.E. et al. Comparison of plain radiography, conventional tomography and computed tomography in detecting intrathoracic lymph node metastases from lung cancer // *Radiology.* — 1982. — Vol. 142. — P. 157—161.
13. Poon P.Y., Bronskill M.J., Henkelman R.M. et al. Mediastinal lymph node metastases from bronchogenic carcinoma: Detection with MR imaging and CT // *Radiology.* — 1987. — Vol. 162. — P. 651—656.
14. Quint L.E., Glazer G.M., Orringer M.B. Central lung masses. Prediction with CT of need for pneumonectomy versus lobectomy // *Radiology.* — 1987. — Vol. 165. — P. 735—740.
15. Rea H.H., Shevlant J.E., House A.J.S. Accuracy of computed tomographic scanning in assessment of the mediastinum in bronchial carcinoma // *J. thorac. cardiovasc. Surg.* — 1981. — Vol. 81. — P. 825—829.
16. Rhoads A.C., Thomas J.H., Hermreck A.S., Pierce G.E. Comparative studies of computerized tomography and mediastinoscopy for the staging of bronchogenic carcinoma // *Amer. J. Surg.* — 1986. — Vol. 152. — P. 587—591.
17. Rotte K.-H., Kriedemann E., Hieckel H.-G., Engelmann C. Zum Wert der Computertomographie für das Staging des Bronchialkarzinoms // *Z. Erkrank. Atm.-Org.* — 1984. — Bd 163. — S. 153—161.
18. Schmidt M., Hieckel H.-G., Schmidt G. Zur Diagnostikbeurteilung regionaler Lymphknoten bei Patienten mit Bronchialkarzinom anhand der im Computertomogramm gemessenen Lymphknotendurchmesser // *Radiol. diagn.* — 1988. — Bd. 29. — S. 827—833.
19. Wouters E.F.M., Oei T.K., van Engelshoven J.M.A., Lemmens H.A., Greve L.H. Evaluation of the contribution of computed tomography to the staging of non-oat-cell primary bronchogenic carcinoma // *Fortschr. Röntgenstr.* — 1982. — Bd 137. — S. 540—543.
20. Webb W.R. Plain radiography and computed tomography in the staging of bronchogenic carcinoma // *J. Thorac. Imag.* — 1987. — Vol. 2. — P. 57—65.

Поступила 20.12.90.

УДК 616.33-006.6-06-08

А.А. Клименков, Г.А. Хакимов

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАКА ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии, кафедра онкологии Таджикского медицинского института

Осложнения злокачественных опухолей желудка протекают иначе, чем у больных с общехирургической патологией брюшной полости, поэтому необходимы специальные подходы как к их диагностике, так и к хирургическому лечению. Боль-

ных, у которых возникают такие осложнения, довольно часто рассматривают как инкурабельные и либо отказываются от выполнения оперативного вмешательства, либо производят только паллиативную операцию и симптоматическое лечение. Нередко при обнаружении осложнений выполняют неадекватное вмешательство.

Анализ материалов Республиканского клинического онкологического диспансера Таджикистана показывает, что, несмотря на предпринимаемые усилия по раннему выявлению злокачественных опухолей органов брюшной полости, от 30 до 45—50% больных раком желудка поступают в стационары с запущенными и осложненными формами заболевания. У этих больных радикальность хирургического лечения, вероятность развития послеоперационных осложнений и летальность зависят не только от распространенности опухолевого процесса, но и от имеющихся осложнений в течении болезни (кровотечения, перфорации, дисфагия, стеноз, врастание опухоли в прилежащие органы).

Исход заболевания у больных с осложненными и распространенными формами рака желудка зависит от масштаба опухолевого процесса, его течения и возникших осложнений (кровотечение, перфорация, дисфагия, стеноз, непроходимость, врастание в соседние органы). Диагностика их не усовершенствована, методы и тактика хирургического лечения часто неадекватны. Имеющиеся сведения о показаниях к выполнению оперативного вмешательства у таких больных и его объеме крайне противоречивы.

Следует отметить, что больные с осложненными и распространенными формами рака желудка относятся к категории крайне тяжелых и нуждаются в неотложной помощи.

Известно, что частота послеоперационных осложнений и летальность после расширенных и комбинированных операций, выполненных при осложненных и распространенных формах рака желудка, остаются высокими, а отдаленные результаты крайне неудовлетворительными.

Под нашим наблюдением находились две сравнимые группы больных, которым были произведены оперативные вмешательства. Из 117 больных в первую группу включены 63 больных, во вторую — 54. Вторая группа отличалась от первой тем, что входившим в нее больным произведены оперативные вмешательства большего объема за счет удаления ретропанкреатической клетчатки с лимфатическими узлами.

За период с 1986 по 1988 г. комбинированная расширенная операция выполнена 63 больным с ослож-

ненными и распространенными формами рака желудка. Мужчин было 50, женщин — 13. По возрасту больные распределялись следующим образом: 20–29 лет — 2, 30–39 лет — 3, 40–49 лет — 5, 50–59 лет — 20, 60–69 лет — 27, 70–79 лет — 6.

Опухоль локализовалась в кардиоэзофагеальной зоне у 12 (19%) больных, в теле желудка с переходом на нижнегрудной отдел пищевода — у 11 (17,7%), тотальное поражение желудка наблюдалось у 16 (25,3%), поражение дистального отдела — у 24 (38%) больных.

У подавляющего большинства больных (6, или 95,2%) была аденокарцинома различной степени дифференцировки, у 3 (4,8%) больных — саркома желудка.

Из первичных осложнений рака желудка отмечены следующие: перфорация у 9 (явная у 5, прикрытая у 4), кровотечение у 27 (профузное у 16, скрытое у 11), стеноз у 27 (проксимальный у 14, дистальный у 13) больных.

Всем больным произведены комбинированные расширенные вмешательства: операция типа операции Гэрлока — 12 больным, гастрэктомия с резекцией нижнегрудного отдела пищевода — 11, гастрэктомия — 16, дистальная субтотальная резекция желудка — 24 больным.

Операции сочетались со спленэктомией и резекцией хвоста и тела поджелудочной железы у 33, с резекцией поперечной ободочной кишки у 4, с резекцией левой доли печени у 9, с атипичной резекцией нижней доли правого легкого у 2, с холецистэктомией у 3.

Послеоперационные осложнения с летальным исходом возникли у 9 (14,3%) из 63 больных. Несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза развилась у 3 больных, несостоятельность швов малой кривизны — у 1, некроз фундальной части желудка — у 1. Эмпиема плевры явилась непосредственной причиной смерти 2 больных, кровотечение из того места, где находился припаянный, а затем резецированный большой сальник — также у 2 больных.

Кроме того, в течение 9 мес после операции у 9,5% (у 6 из 63) больных выявлено дальнейшее прогрессирование заболевания, в связи с чем повторное оперативное вмешательство произведено 2 больным, комплексная химиолучевая терапия — 4.

За период с 1989 по 1991 г. комбинированная расширенная операция выполнена 54 больным с осложненными и распространенными формами рака желудка. Мужчин было 48, женщин — 6. Больные по возрасту распределялись следующим образом: 30–39 лет — 4, 40–49 лет — 22, 50–59 лет — 10, 60–69 лет — 14, 70–79 лет — 4.

Опухоль локализовалась в кардиоэзофагеальной зоне у 20 (37,3%) больных, в теле желудка с переходом на нижнегрудной отдел пищевода — у 16 (29,5%), тотальное поражение желудка было у 14 (25,8%), поражение дистального отдела — у 4 (7,2%) больных.

У подавляющего большинства больных (45, или 83,3%) была аденокарцинома различной степени дифференцировки, у 7 (12,9%), — перстневидноклеточный рак и у 2 (3,7%) — саркома желудка.

Из первичных осложнений рака желудка выявлены следующие: перфорация у 10 (явная у 5, прикрытая у 5), кровотечение у 31 (профузное у 7, скрытое у 24), стеноз у 32 (проксимальный у 28, дистальный у 4) больных.

Всем больным выполнена комбинированная расширенная операция с удалением регионарной футлярно-фасциальной клетчатки, лимфатических узлов и лимфатических сосудов. Операция типа операции Гэрлока выполнена 20 больным, гастрэктомия с резекцией нижнегрудного отдела пищевода — 16, гастрэктомия — 4, дистальная субтотальная резекция желудка — 4. Операция в сочетании со спленэктомией и резекцией хвоста и тела поджелудочной железы произведена у 14, с резекцией поперечной ободочной кишки — у 2, с резекцией левой доли печени — у 3, со спленэктомией и холецистэктомией — у 3.

Из 54 больных после комбинированных и расширенных операций умерли 7. Осложнения, связанные с восстановлением целостности желудочно-кишечного тракта, явились причиной смерти 3 (15,5%) больных, осложнения, не связанные с восстановлением целостности пищеварительного тракта, — 4 (7,4%). Частота послеоперационных осложнений и летальность составили 12,9%.

Кроме радикальной операции, 47 больных получали адъювантную послеоперационную полихимиотерапию: адриамицин — 20 мг/м² в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия в 1-й день, цисплатин — 40 мг/м² в виде 130-минутной внутривенной инфузии после массивного введения жидкости внутривенно в 1-й день, этапозид или випезид — 60 мг/м² в 400 мл изотонического раствора хлорида натрия в 1–5-й день. Проведено четыре курса с интервалом в 28 дней.

Несмотря на наличие таких неблагоприятных прогностических факторов, как распространенность процесса и осложненное течение рака желудка, ни у одного из оперированных нами больных второй группы в течение 2 лет не выявлено рецидива или дальнейшего прогрессирования опухолевого процесса.

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-