

© Коллектив авторов, 1992
УДК 616.351-006.6-089.193.4

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

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ (КООПЕРИРОВАННЫЕ ДАННЫЕ)

НИИ клинической онкологии, Республиканский онкологический научный центр (дир. — проф. Н.К. Муратходжаев), Ташкент

На фоне значительного увеличения заболеваемости раком прямой кишки результаты хирургического лечения практически не улучшаются [1, 6, 7]. По данным М.И. Брусиловского и соавт. [3], резектабельность рака прямой кишки в Москве составляет 42,2%. Таким образом, повышение резектабельности рака прямой кишки является важнейшей проблемой онкопроктологии. Одним из возможных резервов улучшения непосредственных результатов лечения является повышение эффективности лечения осложненных форм рака прямой кишки. Среди них значительную группу составляют пациенты, ранее признанные неоперабельными или подвергнутые различным паллиативным вмешательствам [8—11]. Следует отметить, что этих больных подвергают симптоматическому лечению, не оценив возможности выполнения повторной операции, или применению специальных видов лечения — лекарственной и лучевой терапии [4, 5].

В настоящее время отсутствуют достоверные сведения о кинетике роста рака прямой кишки и возможных сроках, когда опухоль оказывается неоперабельной. Считается, что темпы прогрессии опухоли, ее распространенность, длительность течения болезни находятся в определенной зависимости от макроскопической формы роста, микроскопического строения опухоли, от уровня ее расположения и возраста больного [2]. Даже если после первой паллиативной или пробной операции прошло длительное время, необходимо всегда ставить вопрос о возможности и целесообразности выполнения повторного радикального хирургического вмешательства.

Это связано с известной субъективностью понятия резектабельности, когда вовлечение в опухолевый процесс смежных органов или наличие выраженного перифокального воспалительного процесса считается противопоказанием к радикальной операции, а также с определенными оперативно-тактическими установками различных клиник. В связи с этим анализ клинического течения, особенностей оперативной тактики и результаты повторных операций, изученные на материале специализированных онкологических учреждений — ОНЦ РАМН и РОНЦ Ташкента, позволяет сделать определенные выводы, а полученные рекомендации имеют более практическое значение.

Нами изучены результаты 103 повторных операций, выполненных при первичном раке прямой кишки. В ОНЦ РАМН с 1960 по 1990 г. находились 73 больных и в РОНЦ Ташкента с 1970 по 1990 г. — 30 больных раком прямой кишки, которые ранее оперированы в других лечебных учреждениях. При этом степень распространения опухолевого процесса расценена неадекватно. С целью изучения возможности и целесообраз-

V.I. Knysh, Sh.K. Mukhammedaminov, E.L. Ozhiganov

EXPEDIENCY OF SECOND SURGERY IN PRIMARY RECTAL CANCER (COOPERATIVE DATA)

Research Institute of Clinical Oncology, Republican Cancer Research Center, Tashkent

There is practically no progress in results of surgery for rectal cancer, while the incidence has risen considerably [1, 6, 7]. By data of M.I. Brusilovsky et al. [3] rectal cancer resectability in Moscow is 42.2%. Therefore, increase in resectability of rectal cancer is a most important oncoproctological problem. A possible way to improve immediate treatment results is to raise efficiency of treatment for complicated rectal cancer. This form of the disease is encountered in a considerable number of patients previously found inoperable or undergoing palliative surgery [8 — 11]. It should be noted that these patients are treated symptomatically without being examined in view of second surgery or receive special treatment, such as drug or ray therapy [4, 5].

There are no reliable data on kinetics of rectal cancer growth and terms of the tumor becoming inoperable. The rate of tumor progression, its extent and disease duration are related to macroscopic form of tumor growth, tumor microscopic structure and position, patient's age [2]. The possibility and reasonability of second radical surgery should always be evaluated even if a long time has passed after the first palliative of explorative operation.

This problem is associated with a certain subjectivity in evaluation of the resectability, e.g. when involvement of adjacent organs or perifocal inflammation are considered contraindications for radical surgery, as well as with surgical practices in some clinics. The analysis of clinical course, peculiarities of surgical tactics and results of second surgery presented here is based on data of cancer centers in Moscow and Tashkent, and therefore allows objective conclusions and more reasonable practical recommendations.

We have studied results of 103 cases of second surgery for primary rectal cancer. There were 73 rectal cancer patients with a history of previous surgery in other medical centers managed at the CRC of Russia (Moscow) from 1960 to 1990 and 30 such patients treated from 1970 to 1990 at the RCRC in Tashkent. The tumor extent was not evaluated adequately. In order to estimate the possibility and expediency of second radical surgery and to evaluate its results we have performed a profound analysis of data obtained for this cohort. The patient's age ranged from 17 to 75 years, while most patients (63%) were 40 — 60 years of age; the group under study consisted of 50 males and 53 females. 77 (79.5%) patients had a history of previous surgery in non-specialized hospitals including 42 (40.8%) cases of urgent operations in general surgery units. 26 (25.2%) patients had undergone surgery in cancer centers.

Таблица 1

Виды ранее выполненных операций при первичном раке прямой кишки
Previous surgery for primary rectal cancer

Table 1

Вид операции		Количество больных	
		абс.	%
Сигмостомия	Sigmoidostomy	68	66,0
Пробная лапаротомия	Explorative laparotomy	17	16,5
Цекостомия	Cecostomy	6	5,9
Надвлагалищная ампутация матки и удаление придатков матки	Supravaginal amputation of the womb and adnexa	4	3,9
Операция Гартмана	Hartmann's operation	2	1,9
Аппендэктомия	Appendectomy	2	1,9
Холецистэктомия	Cholecystectomy	2	1,9
Трансверзостомия	Transversostomy	1	1,0
Грыжесечение	Herniotomy	1	1,0
Итого...	Total...	103	100
Type of operation		abs.	%
		No of cases	

ности выполнения повторных радикальных операций, а также их результатов был проведен углубленный анализ данных, полученных в этой группе пациентов. Возраст больных от 17 до 75 лет, однако большинство пациентов (63%) были в возрастной группе 40—60 лет; мужчин было 50, женщин — 53. Ранее 77 (79,5%) больных были оперированы в неспециализированных стационарах, из них по экстренным показаниям в общехирургических отделениях 42 (40,8%) пациента. В онкологических диспансерах подверглись хирургическому лечению 26 (25,2%) пациентов. Распределение больных по характеру ранее выполненных операций представлено в табл. 1, из которой видно, что основными операциями являлись наложение различных разгрузочных колостом (72,8%) и пробная лапаротомия (16,5%). Анализ дальнейшего клинического течения заболевания у этих больных свидетельствует о том, что неправильная оценка степени распространенности опухолевого процесса может привести к тактическим ошибкам. Так, наложение цекостомы при опухолевом стенозе прямой кишки не приводит к полной и адекватной разгрузке толстой кишки и продолжают поступление кала в ее дистальные отделы, формирование плотных масс в супрастенотическом расширении кишки, поддерживаются перифокальный воспалительный процесс и тягостные симптомы заболевания, возможны также осложнения в виде перфорации переполненного сегмента кишки.

Изученные нами данные показали, что наиболее оправданным и патогенетически обоснованным вмешательством является наложение двухствольной сигмостомы со "шпорой" и полная изоляция отводящего сегмента кишки от поступления каловых масс. Ограничиваться эксплоративным характером лапаротомии целесообразно только при отсутствии стеноза просвета кишки и обширной диссеминации опухоли по брюшине и метастатическом поражении печени.

Ошибки в оценке степени распространенности опухолевого процесса, неподготовленность хирурга послужили причинами выполнения нерадикальной операции Гартмана у 2 больных, когда дистальная граница резекции макроскопически прошла по опухоли, что в дальнейшем было подтверждено данными микроскопи-

Distribution of the patients according to the type of surgery performed is presented in table 1. Various unloading colostomies (72.8%) and exploratory laparotomy (16.5%) are seen to be the most common types. Analysis of further clinical course in these patients proved that wrong evaluation of the tumor extent might lead to tactical mistakes. For instance, cecostomy in tumor stenosis of the rectum had not resulted in complete and adequate unloading of the colon, feces penetration into colonic distal segments or formation of dense mass in the supragenotic enlargement had not been prevented either. The surgery had also failed to counter the perifocal inflammation or pain symptoms, besides, there was a danger of perforation of the overloaded colonic segment. The data under study showed that double-barreled sigmoidostomy with construction of a "spur" and complete isolation of the colonic abducent segment for preventing penetration of feces was the most reasonable and pathogenetically well grounded surgery. Exploratory laparotomy alone may be justified only in the absence of rectal lumen stenosis and in cases of extensive peritoneal tumor dissemination or liver metastases.

Due to wrong evaluation of tumor extent and lack of experience of the surgeons two non-radical Hartmann's operations were performed when the resection distal border-line crossed the tumor which was further confirmed by microscopy of the surgical specimens and by endoscopy of the rectal stump.

Erroneous interpretation of symptoms and diagnostic mistakes were reasons for surgery on the womb and adnexa in women, appendectomy, cholecystectomy. Unexpected intraoperative discovery of a rectal tumor, as well as lack of special experience of the surgeons and gynecologists contributed to incorrect evaluation of local tumor extent and wrong conclusion of inoperability.

The analysis of clinical documents (case histories, operational protocols) revealed the following main reasons for refusal of radical surgery: 1) local tumor extent, 44 (42.7%) patients; 2) complicated disease course, 36 (35%) patients; 3) unexpected tumor

ческого исследования удаленного препарата и эндоскопическим исследованием культи прямой кишки.

Неправильная интерпретация симптомов заболевания и диагностические ошибки привели к операциям на матке и придатках у женщин, аппендэктомии, холецистэктомии, когда неожиданное интраоперационное выявление опухоли прямой кишки и неподготовленность хирургов, гинекологов способствовали неправильной оценке степени местного распространения опухоли и ошибочному суждению о неоперабельности.

При анализе медицинских документов (выписки из истории болезни, протоколы операций) были выявлены следующие причины отказа от выполнения радикальной операции: 1) местная распространенность опухолевого процесса — у 44 (42,7%) больных; 2) осложненное течение заболевания — у 36 (35%); 3) неподготовленность или недостаточная квалификация оперирующего хирурга — у 15 (14,6%); 4) интраоперационные терапевтические осложнения (коллапс, остановка сердца) — у 2 (1,9%). Следует отметить, что выделены основные причины, так как в ряде случаев отмечалось сочетание различных факторов.

Анализ полученного материала показал, что отказ от радикальной операции чаще наблюдался в общехирургических отделениях при осложненном течении опухолевого процесса и развитии интраоперационных осложнений (30,1% случаев), а в онкологических диспансерах — при значительной местной распространенности опухоли или подозрении на метастатическое поражение других органов. Неподготовленность и недостаточная квалификация служили причиной отказа от попытки радикальной операции у больных в гинекологических отделениях и в стационарах, оказывающих urgentную помощь.

Однако в большинстве наблюдений больным после операций не было проведено комплексное обследование для уточнения степени распространения опухолевого процесса. Характерным являлось и то, что затем большинство пациентов не были направлены на консультацию в специализированное онкопроктологическое учреждение, а в 72,6% случаев диагноз не был даже морфологически верифицирован.

Минимальный срок поступления больных в ОНЦ РАМН и РОНЦ Ташкента после первого хирургического вмешательства составил 1 мес, а максимальный — 4 года, средний интервал между первой операцией и поступлением составил 7,2 мес. После первого хирургического вмешательства в срок от 3 до 6 мес поступили 70 (63%) пациентов; до 12 мес — 20 (19,4%), через 12 мес — 13 (12,6%).

В ОНЦ РАМН и РОНЦ Ташкента больным проводилось комплексное клиничко-рентгенологическое обследование с использованием ирригоскопии, селективной ангиографии пораженного органа и печени, эндоскопического исследования толстой кишки, компьютерной и ультразвуковой томографии, внутривенной урографии 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.

По данным проведенного обследования выявлено, что наиболее часто опухоль локализовалась в ректосигмоидном (37,9%), верхнеампулярном (25,2%), среднеампулярном (21,4%) отделах прямой кишки, в дистальных отделах прямой кишки — только у 16 (15,5%) пациентов. Характерной являлась значительная местная распространенность опухолевого процес-

сследования или опыта хирурга, 15 (14,6%); 4) интраоперационные терапевтические осложнения (коллапс, остановка сердца), 2 (1,9%). Сочетание этих факторов было найдено в некоторых случаях.

В генеральной хирургии пациенты отказывались от радикальной операции чаще из-за осложненного течения опухолевого процесса или интраоперационных осложнений (30,1%), а в онкоцентрах — по причине значительного местного распространения опухоли или подозрения на метастатическое поражение других органов. Непредвиденное обнаружение опухоли или опыта хирурга были причинами отказа от радикальной операции главным образом в гинекологических или urgent-aid отделениях.

Большинство пациентов не подверглось комплексному послеоперационному обследованию для более точной оценки объема опухоли и не было направлено в специализированные онкопроктологические центры для консультаций. В 72,6% случаев диагноз не был подтвержден морфологически.

Минимальный интервал между первой операцией и поступлением в Москву или Ташкент в ОНЦ составил 1 мес, максимальный — 4 года, средний интервал — 7,2 мес. 70 (63%) пациентов поступили в онкоцентры в срок от 3 до 6 месяцев, 20 (19,4%) — в течение 12 мес, 13 (12,6%) — более чем через 12 мес после первой операции.

В стационаре пациенты подвергались комплексному клиническому и рентгенологическому обследованию, включая ирригоскопию, селективную ангиографию пораженного органа и печени, колоноскопию, компьютерную и ультразвуковую томографию, внутривенную урографию и др. Эти методы позволили более точно оценить объем опухоли, ее распространение по стенке кишки, наличие внекишечного компонента, инфильтрацию окружающих тканей и органов, отсутствие метастазов в печени и др.

Ректосигмоид (37,9%), верхнеампуляр (25,2%) и среднеампуляр (21,4%) отделы прямой кишки были наиболее частыми местами локализации опухоли. 16 (15,5%) пациентов имели опухоли в дистальных отделах прямой кишки. Значительное местное распространение опухоли было выявлено у 50,5% (III стадия) или 44,7% (IV стадия) пациентов. Характерной особенностью заболевания были 4,8% случаев II стадии заболевания с историей предыдущей операции в неспециализированных стационарах и гипердиагностики объема опухоли.

После обследования и оценки опухолевого процесса пациенты подвергались второй операции. Радикальная операция была выполнена у 74 (71,8%) пациентов, первичная опухоль была удалена в отсутствие метастазов у 4 (3,9%) пациентов, первичная опухоль не была удалена у 25 (24,2%) пациентов. Выбор операции зависел от места и объема опухоли, состояния пациента и предыдущей операции (табл. 2).

Ректальная экстирпация была наиболее частой (34,33,1%) из-за дистальной локализации опухоли и значительного местного распространения с вовлечением окружающих органов и тканей.

Сфинктеросохраняющая операция, т.е. периабдоминальная и абдоминальная резекция прямой кишки, была выполнена в зависимости от локализации опухоли в ректосигмоидальном или верхнеампулярных отделах прямой кишки. Следует отметить, что анастомоз сигмоэктальной резекции в периабдоминальном варианте был выполнен только в 1 случае, а в остальных

Таблица 2

Table 2.

Характер выполненных повторных операций
Second surgery

Вид операции		Количество больных		Летальность	
		абс.	%	абс.	%
Брюшно-промежностная экстирпация	Abdominoperineal extirpation	34	33,1	3	6,8
Чрезбрюшная резекция	Perabdominal resection	19	18,4	1	5,3
Операция Гартмана	Hartmann's operation	19	18,4	1	5,3
Брюшно-анальная резекция	Abdominanal resection	5	4,9	—	—
Эвисцерация органов малого таза	Evisceration of small pelvic organs	1	0,9	1	—
Паллиативные операции	Palliation	25	24,3	1	4,0
					6,8
Итого...	T o t a l...	103	100	7	6,8
Type of operation		abs.	%	abs.	%
		No of cases		Lethality	

са, классифицируемая как III (50,5%) и IV (44,7%) стадии заболевания. Больных со II стадией заболевания было 4,8% и при изучении медицинских документов выявлено, что они были оперированы в неспециализированных учреждениях и у них отмечалась гипердиагностика распространенности опухолевого процесса.

После обследования и установления степени распространения опухолевого процесса больных повторно оперировали. Радикально было оперировано 74 (71,8%) пациента, первичная опухоль была удалена при наличии отдаленных метастазов у 4 (3,9%) больных, а в 25 (24,2%) случаях первичный очаг удалить не удалось. Выбор вида радикального хирургического вмешательства зависел от локализации и степени распространения опухоли, состояния больного и характера ранее выполненной операции (табл. 2).

Основной операцией являлась экстирпация прямой кишки, выполненная у 34 (33,1%) больных, что было обусловлено дистальным расположением опухоли и значительной местной распространенностью опухоли с вовлечением в процесс смежных органов и окружающих тканей.

Сфинктеросохраняющие операции — чрезбрюшная и брюшно-анальная резекции прямой кишки — выполнялись при расположении опухоли в ректосигмоидном и верхнеампулярном отделах прямой кишки. Следует отметить, что ручное формирование сигморектального анастомоза при чрезбрюшной резекции было возможно только в 1 случае, а у остальных 18 пациентов анастомоз был наложен аппаратом АКА-2: по типу конец в конец — у 12, конец в бок — у 6. От развившейся несостоятельности швов и перитонита при ручном формировании сигморектоанастомоза погиб 1 пациент. При аппаратном формировании анастомоза только у 4 больных в послеоперационном периоде отмечалась частичная недостаточность сигморектоанастомоза, которая ликвидирована консервативными мероприятиями.

Таким образом, использование аппарата АКА-2 значительно расширило технические возможности для выполнения этой функционально наиболее выгодной операции и сделало ее более безопасной.

Операция Гартмана выполнена при осложненном течении заболевания — перфорации опухоли, наличии абсцессов и выраженных воспалительных изменениях окружающих тканей и вовлечении в опухолевый процесс соседних органов, т.е. в 36,8% случаев она сочеталась с удалением или резекцией смежных органов и носила комбинированный характер.

(18) of the cases anastomoses were performed with an ACA-2 stapler (12 end-to-end and 6 end-to-side anastomoses). 1 patient with hand anastomosis died from suture failure and peritonitis. After anastomosis performed with a stapler 4 patients only presented postoperative partial failure of sigmocolic anastomoses that was countered by conservative treatment.

Thus, the use of ACA-2 staplers enlarged considerably surgeon's technical potentials for performance of this functionally beneficial operation and made it less dangerous.

Hartmann's operation was made in cases of complicated disease with tumor perforation, abscess and overt inflammation of the surrounding tissues, involvement of adjacent organs, i.e. in 36.8% of the cases it was surgery with removal or resection of the adjacent organs. In 4 cases with distant metastases and a locally resectable tumor the surgery was palliative and consisted of extirpation (2) and Hartmann's operation.

Palliative surgery was performed in extensive tumor dissemination and consisted of either double-barreled sigmoidostomy or reconstruction of previous parietal stomas.

A total of 18 (23.1%) combined operations were performed, removal of the womb with adnexa (8) and resection of the small intestinal loop (4) being the most common surgery. In the rest of the cases the surgery consisted of resection of the anterior vaginal wall (3), resection of the prostate (1) and resection of the interior abdominal wall (1). Removal of all organs of the small pelvis (evisceration) was performed in 1 case that ended in death due to acute cardiovascular failure.

The postoperative course was relatively uneventful in 63% of the patients. 37% of the patients developed various postoperative complications, suppurative inflammations being the most frequent (24, 22.3%). The rest of the patients presented bladder atony (4), adhesive obstruction of the small intestine (1), partial necrosis of the intestine brought down (1), cystitis (1).

There were 7 (6.8%) postoperative death cases, mainly due to peritonitis (4), acute cardiovascular failure (2), intestinal bleeding (1). Thus, the lethality after second surgery did not exceed a similar rate after first surgery for rectal tumors.

При наличии отдаленных метастазов и местно удалимой опухоли у 4 больных были выполнены экстирпация (2) и операция Гартмана (2), которые носили паллиативный характер.

Паллиативные операции выполнялись при обширной диссеминации опухолевого процесса и заключались либо в наложении двустольных сигмостом, либо реконструкции ранее наложенных пристеночных стом.

Следует отметить, что всего выполнено 18 (23,1%) комбинированных операций. Наиболее часто производилось удаление матки с придатками (8) и резекция петли тонкой кишки (4), вовлеченной в опухолевый процесс. В остальных наблюдениях были выполнены резекции задней стенки влагалища (3), резекция предстательной железы (1) и резекция передней брюшной стенки (1). Удаление всех органов малого таза (эвисцерация) было произведено в 1 случае, который закончился летальным исходом в связи с развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточностью.

Относительно гладкое течение послеоперационного периода наблюдалось у 63% больных. У 37% пациентов отмечались различные осложнения в послеоперационном периоде. В структуре послеоперационных осложнений наиболее часто отмечалось развитие гнойно-воспалительных — у 24 (22,3%). У остальных больных отмечались следующие осложнения: атония мочевого пузыря (4), спаечная тонкокишечная непроходимость (1), частичный некроз низведенной кишки (1), цистит (1).

Умерли в послеоперационном периоде 7 (6,8%) больных. Основными причинами смерти являлись перитонит (4), острая сердечно-сосудистая недостаточность (2), кишечное кровотечение (1). Таким образом, летальность при повторных операциях не превышает аналогичный показатель после первичных вмешательств по поводу опухолей прямой кишки.

Методом построения таблиц дожития изучены отдаленные результаты лечения. После радикальных операций 3-летняя выживаемость составила 43,6%, 5-летняя — 31,7%. Остальные больные умерли в основном от прогрессирования опухолевого процесса вследствие развития рецидивов и метастазов рака.

Выводы

1. При лапаротомии по поводу осложненных форм рака прямой кишки наряду с оценкой степени распространения опухолевого процесса необходима его морфологическая верификация.

2. После паллиативных операций при осложненном течении рака прямой кишки и отсутствии признаков прогрессирования опухолевого процесса больных целесообразно направлять на консультацию в специализированные учреждения с целью объективной оценки степени распространения опухолевого процесса и решения вопроса о возможности выполнения радикальной операции.

3. При вовлечении в опухолевый процесс смежных органов комбинированные вмешательства оправданы.

4. При повторных радикальных операциях 3-летняя выживаемость составила 43,6%, 5-летняя — 31,7%, что свидетельствует об их целесообразности.

5. Операцией выбора при осложненных формах рака прямой кишки, выполняемых по экстренным показаниям, должна быть двустольная колостома на отделе прямой кишки, располагаемом выше опухоли.

The follow-up results were estimated by life tables. After radical surgery the 3-year survival was 43.6% and the 5-year survival was 31.7%. The rest of the patients mainly died from tumor disease progression as a result of cancer relapse and metastases.

Conclusions

1. Morphological verification of tumor disease should be performed alongside with evaluation of its extent in laparotomy for complicated rectal cancer.

2. After palliative surgery patients with complicated rectal cancer and no evidence of progressive disease should be referred to specialized cancer centers for objective evaluation of disease extent and possibility of radical surgery.

3. Combined surgery is reasonable when adjacent organs are involved.

4. After radical surgery the 3-year survival is 43.6% and 5-year survival is 31.7% which proves the surgery expedient.

5. The operation of choice for complicated rectal cancer in urgent situations is double-barreled colostomy on a rectal segment above the tumor.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Блохин Н.Н. Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки. — М., 1981.
2. Бритвин А.А., Кулаков Н.А. // *Вопр. онкол.* — 1986. — № 4. — С. 83-86.
3. Брусиловский М.И., Грицман Ю.Я., Мошков К.Б. и др. // *Там же.* — 1981. — № 8. — С. 65-66.
4. Кныш В.И., Патютко Ю.И., Ожиганов Е.Л. // *Хирургия.* — 1980. — № 10. — С. 81-84.
5. Кныш В.И., Ожиганов Е.Л. // *Там же.* — 1987. — № 4. — С. 75-78.
6. Слизов В., Мелер М. // *Вопр. онкол.* — 1987. — № 9. — С. 1089-1092.
7. Федоров В.Д. Рак прямой кишки. — М., 1987.
8. Черный В.А., Кикоть В.А., Кононенко Н.Г., Гольдшмид Б.Я. // *Вопр. онкол.* — 1986. — № 2. — С. 222-228.
9. Bontron M.C., Faivre J., Rallier du Baty H. et al. // *Bull. Cancer.* — 1988. — Vol. 75, № 4. — P.347-354.
10. Lucchetti F., Barbaro G., Paliani G. et al. // *G. chir.* — 1987. — № 4. — P. 423-424.
11. Vigder L., Tzur N., Huber M. et al. // *Arch. Surg.* — 1985. — Vol. 120, № 7. — P. 825-828.

Поступила 28.05.92 / Submitted 28.05.92