

УДК 616.345—006.46—08

А. М. ГАЛСТЯН, Г. А. ДАНИЕЛЯН, Л. У. НАЗАРОВ, К. С. САЯДЯН

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Приведены результаты радикального лечения больных раком правой половины толстой кишки с анализом причин послеоперационной смертности, изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения больных в зависимости от стадии, гистоструктуры опухоли и состояния регионарного лимфатического аппарата. При раке поперечной ободочной кишки авторы рекомендуют выполнять расширенные операции, так как резекция лишь участка ее является явно нерадикальной операцией.

В последние годы повсеместно наблюдается определенная тенденция к повышению удельного веса рака толстой кишки в общей структуре злокачественных новообразований всех локализаций [4, 11, 13—15]. Актуальность данного вопроса подчеркивалась также на IV Всесоюзной конференции онкологов [9]. Это обстоятельство при наличии значительного процента запущенных форм рака толстой кишки (около 30%) делает необходимым уделить большое внимание опухолевым заболеваниям указанной локализации.

За период с 1961 по 1975 г. через хирургическое отделение Института рентгенологии и онкологии прошло 478 больных со злокачественными новообразованиями ободочной кишки. Из них рак правой половины ободочной кишки имелся у 230 (48,1%) больных, рак левой половины ободочной кишки—у 248 (51,9%).

Заболеваемость раком правой половины ободочной кишки чаще встречается у больных в возрасте от 51 до 60 лет (107 человек—46,5%), реже от 41 до 50 лет (53 больных—23%), от 61 до 70 лет (47 больных—20,4%), до 40 лет (23 больных—10%). Следовательно, в 70% наблюдаемый рак правой половины ободочной кишки встречается у больных в возрасте от 41 до 60 лет. Рак правой половины ободочной кишки чаще встречается у женщин и составляет 54%.

Анализ материала показал, что в правой половине толстой кишки раком чаще поражается илеоцекальная область—133 больных (58%), затем восходящий отдел—58 (25,2%), печеночный изгиб—22 (9,4%) и проксимальная половина поперечно-ободочной кишки—17 больных (7,4%).

По стадии развития опухолевого процесса наши больные распреде-

лялись следующим образом: I стадия установлена у 13 больных (5,4%), II—у 107 (46,5%), III—у 78 (33,9%), IV—у 32 (14%).

Гистологическая структура опухоли изучена у 137 оперированных больных, при этом железистая форма рака обнаружена у 88 (64,2%), солидная—у 36 (26,3%), слизистая—у 13 (9,5%). Смешанные формы рака выявлены у 40 больных (29%).

Из 230 больных операции подверглись (табл. 1) 137 (60%), причем радикальные операции выполнены у 91 (66,4%), паллиативные—у 30 (22%), пробные лапаротомии—у 16 больных (11,6%).

Таблица 1
Распределение больных по локализации опухоли, характеру операции и п/о смертности

Локализация опухоли	Число больных	Оперировано	Умерло	Характер операции и п/о смертность					
				радикальн. операции	умерло	обходное соустье	умерло	пробные лапаротомии	умерло
Илеоцекальная область	133 58%	81	6	53	4	18	2	10	1
Восходящий отдел	58 25,2%	32	3	23	3	6	—	3	—
Печеночный изгиб	22 9,4%	13	2	8	1	3	1	2	—
Проксим. половина поперечно-ободочной кишки	17 7,4%	11	—	7	—	3	—	1	—
Всего	230	137 60%	11 8,7%	91 66,4%	8 8,8%	30 22%	3	16 11,6%	1

Радикальные операции у 53 больных выполнены при раке илеоцекальной области (умерло четверо), у 23—при раке восходящей ободочной кишки (умерло трое), у 8—при раке печеночного изгиба (умерла одна больная) и у 7 больных—при раке проксимальной половины поперечно-ободочной кишки (летальных исходов не отмечено).

Общая смертность после операций на правой половине ободочной кишки составила 8,7% (умерло 11 из 137 оперированных больных). После радикальных операций на правой половине ободочной кишки умерло 8 из 91 больного (8,8%), после паллиативных—3 из 30, а после пробных лапаротомий—одна из 16 человек.

По данным литературы, смертность после операции на ободочной кишке колеблется в довольно широких пределах. Так, в наблюдениях ряда авторов [2, 8, 16] она составляет 2,1—4,4%; в Институте им. А. П. Герцена за период с 1945 по 1967 г. [1] она составила 11,6%, а за период с 1961 по 1967 г.—снизилась до 8,1%. В наблюдениях ряда авторов [10] смертность при операциях на ободочной кишке составила 8%, в наблюдениях другой группы авторов [5, 6]—15%. Согласно данным литературы, касающихся 5500 радикальных операций по поводу рака толстой кишки, смертность составила 12,5%.

В наших наблюдениях при правостороннем раке, как правило, выполнялись гемиколэктомии с наложением илеотрансверзоанастомоза по типу «бок в бок» (67 наблюдений) или «конец» тонкой в «бок» толстой (24 наблюдения). При анастомозе «бок в бок» перитонит на почве несостоятельности швов соустья наступил у трех больных, а при анастомозе «конец в бок» — у четырех больных. Учитывая это обстоятельство, мы предпочтение отдаем анастомозу «бок в бок». Один больной умер от несостоятельности швов культи ушитой наглухо толстой кишки.

При раке поперечно-ободочной кишки в первые годы нашей деятельности мы отдавали предпочтение резекции кишки (8 больных). В последние годы, после анализа результатов сделанных операций и учитывая особенности крово- и лимфообращения поперечной ободочной кишки, выполняем резекцию восходящей и нисходящей ободочной кишок с удалением всей поперечно-ободочной и широким иссечением брыжейки толстой кишок (у 5 больных). Резекцию лишь поперечно-ободочной кишки мы признали явно нерадикальной операцией, так как у 5 из 7 больных, перенесших эту операцию, в течение 3 лет после нее появился рецидив опухоли в области анастомоза или метастазы в лимфатические узлы, расположенные в брыжейке кишки. При более расширенных операциях в указанные сроки рецидив опухоли выявлен лишь у одного из 5 больных.

Отдаленные результаты радикального лечения рака правой половины ободочной кишки приведены в табл. 2.

Таблица 2

Число больных, перенесших операцию	Прослежены в отдаленные сроки	Умерли в первые 3 года	Умерли в сроки от 3 до 5 лет	5 лет и более прожили
83	76	24 31,6%	9 11,9%	43 56,5%

Сведений о 5 больных мы не смогли получить, а двое умерло от интеркуррентных заболеваний.

После радикальных операций в течение 3 лет от рецидива или метастазов опухоли умерло 24 больных (31,6%), 9 больных (11,9%) умерло в сроки от 3 до 5 лет после операции, а 5-летнее выживание констатировано у 43 больных (56,5%). Пятилетняя выживаемость больных после радикальных операций на правой половине ободочной кишки, по данным литературы [1, 4, 11, 12, 15], колеблется в пределах от 50 до 60%.

Отдаленные результаты лечения рака ободочной кишки в связи с гистоструктурой опухоли приведены в табл. 3.

Отдаленные результаты лечения рака правой половины ободочной кишки в зависимости от стадии заболевания отражены в табл. 4.

Отдаленные результаты лечения во многом определяются состоянием регионарного лимфатического аппарата. Так, при отсутствии метас-

тазов в лимфатических узлах 5-летнее выживание отмечено у 21 из прослеженного в отдаленные сроки 31 больного, а при наличии метастазов—у 22 из 45. Следовательно, при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах отдаленные результаты лечения значительно хуже.

Таблица 3

Гистоструктура опухоли	Прослежены в отдаленные сроки	Умерли до 3 лет	Умерли в сроки от 3 до 5 лет	5 лет и более прожили
Железистая	51	11	7	33
Солидная	19	9	—	10
Слизистая	6	4	2	—
Всего	76	24	9	43

Таблица 4

Стадия заболевания	Число больных, перенесших операцию	Прослежены в отдаленные сроки	Умерли до 3 лет	Умерли в сроки от 3 до 5 лет	5 лет и более прожили
I	13	11	1	—	10
II	51	48	14	4	30
III	19	17	9	5	3
Всего	83	76	24	9	43

При изучении отдаленных результатов в зависимости от пола оказалось, что среди женщин спустя 5 лет в живых остались 32 из 44, а среди мужчин—11 из прослеженных в отдаленные сроки 32 больных.

Институт рентгенологии и онкологии им. В. А.Фанарджяна Поступила 21/VI 1978 г.

Հ. Մ. ԳԱՍՏՅԱՆ, Գ. Ա. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ, Լ. Հ. ՆԱԶԱՐԻՎ, Կ. Ս. ՍԱՅԱԴՅԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ԱԶ ԿԵՍԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Հեղինակները ուսումնասիրել են հաստ աղու աջ կեսի քաղցկեղով տառապող 91 արմատապես վիրահատված հիվանդների բուժման արդյունքները: Հետվիրահատական մահացությունը կազմել է 8,8%:

Աջակողմյան հեմիկոէլեկտոմիայից հետո առաջին 3 տարիների ընթացքում ուռուցքի կրկնումից կամ մետաստազներից մահացել է հիվանդների 31,6%: Երեքից մինչև հինգ տարին՝ 11,9%, իսկ կյանքի հինգ տարվա տևողություն նկատվել է 56,5% հիվանդների մոտ:

Բուժման հեռավոր արդյունքներն ավելի բարենպաստ են քաղցկեղի գեղձային տիպի դեպքում (5 և ավելի տարիներ ապրել են հիվանդների 64,7%), իսկ լորձային տիպի դեպքում կյանքի 5 տարվա տևողություն չի նկատվել ոչ մի հիվանդի մոտ:

մետոսթազիսն պրոցեսի զարգացման առաջին 2 ստադիաների դեպքում հիվանդների 25,4% մահացել է արմատական վիրահատությունից հետո 3 տարիների ընթացքում, 6,7%՝ երեքից հինգ տարվա ժամանակաընթացքում, իսկ կյանքի հինգ տարվա տևողությունն նկատվել է 67,8% հիվանդների մոտ: Քաղցկեղի 3-րդ ստադիայի դեպքում նշված ցուցանիշները կազմել են համապատասխանորեն 5,3%, 30% և 17%:

Շրջակա ավշահանգույցների մետաստատիկ ախտահարման դեպքում կյանքի հինգ տարվա տևողությունն նկատվել է հիվանդների 46,4% մոտ: իսկ մետաստազների բացակայության դեպքում՝ 76,7% մոտ:

Հաստ աղու հորիզոնական հատվածի քաղցկեղի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել ընդլայնված մասնահատումներ, քանի որ աղու սոսկ մասնահատումը չի կարելի համարել արմատական վիրահատություն:

H. M. GALSTIAN, G. A. DANIELIAN, L. H. NAZAROV, K. S. SAYADIAN

THE RESULTS OF TREATMENT OF CANCER OF THE RIGHT HALF OF LARGE INTESTINE

The results of radical treatment of patients with cancer of the right half of large intestine are given, with analysis of causes of postoperative mortality. Immediate and remote results of the treatment have been studied, depending on the stage, the histostructure of the tumor and the state of regional lymphatic apparatus.

In case of cancer of transverse colon intestine the authors recommend to do extended operation, for the resection of its section appeared to be not a radical operation.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Баженова А. П., Островцев Л. Д. Рак толстой кишки. М., 1969.
2. Брошштейн Б. Л. Рак толстой кишки. М., 1956.
3. Галстян А. М. Докт. дисс. М., 1975.
4. Ганичкин А. М. Рак толстой кишки. Л., 1970.
5. Кобец В. А. Хирургия, 1974, 1, стр. 82.
6. Комахидзе М. Э. Хирургия, 1974, 4, стр. 67.
7. Петров Б. А. Тезисы докл. 8-го международн. противоракового конгресса. М.—Л., 1963, т. 1, стр. 346.
8. Снешко Л. И. Профилактика рецидивов и метастазов рака толстой кишки. Л., 1976.
9. Стуконис М. К., Баженова А. П. Вопр. онкологии, 1976, 9, стр. 88.
10. Толузов Э. Г. Вестник хирургии, 1976, 5, стр. 129.
11. Федоров В. Д., Милитарев Ю. М., Артюхов А. С. В кн.: О болезнях прямой и ободочной кишок. М., 1973, 6, стр. 3.
12. Bacon H. E., Genarro A. Proc. 4th Intern. coude. Budapest, 1970.
13. Hammond E. C. American cancer society plans for a long-rand study of lonic and rectum cancer dis colem and rectum, 1970, 2, 108.
14. Honard G. Cancer of the rectum Amer. J. Proctol., 1968, 19, 3, 185-192.
15. Kosczarowski T. Onkologia praktycznaw klinice chirurgicznej, Warszawa, 1968.
16. Rost P. A., Cahill W. J., Carey J. C. Surg. Gynec. Obstetr., 1962, 114, 1, 15—24.
17. Stewart H. L. Cancer, 1971, 28, 1, 25—28.