





1/2

АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР  
ТОМСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОНКОЛОГИИ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

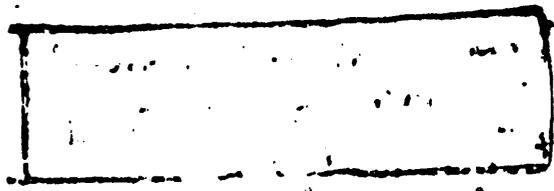
Раздел II

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

к/р

3/4  
2815

В сборнике помещены тезисы докладов Республиканской конференции "Актуальные вопросы клинической онкологии"



В.В.Удт

1.50  
67

Редакционная коллегия:  
Б.Н.Зырянов (ответственный редактор), Н.В.Васильев,  
С.А.Величко, Д.В.Ланцман, Л.И.Мусабаева, В.В.Удт,  
Н.В.Дян, В.П.Модлев, Н.Л.Егорова (ответственный секретарь)

уд  
леч  
щ  
вт  
ни  
ны  
пр  
ком  
Выс  
имм  
бол  
пр  
слу  
про  
х 8  
2, 5  
гов  
ле 3  
- 28  
у 4  
бол

УДК 616-006.444-85.277.3:615.849.1

ПОЛИХИМИЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ

Г.Д.Байсоголов, С.В.Шахтарина, В.А.Давыдов,  
Н.Ю.Полонская

г.г. Обнинск, Ярославль

В настоящее время химиотерапия является ведущим методом лечения больных лимфосаркомами. Несмотря на обилие существующих программ полихимиотерапии (ПХТ), результаты лечения остаются неудовлетворительными. Целью исследования явилось изучение эффективности сочетания лучевой и полихимиотерапии больных лимфосаркомами при различной степени злокачественности процесса и стадии заболевания.

Под наблюдением находилось 92 первичных больных лимфосаркомой I-IV ст. (I-II ст. - 39 человек, III-IV ст. - 53 ). Высокая степень злокачественности лимфосаркомы (лимфобластный, иммунобластный варианты, лимфома т-зоны) установлена у 60 больных, низкая (лимфоплазмочитарный вариант) - у 2 , промежуточная (пролимфоцитарный вариант) - у 20 больных, в 11 случаях морфологический вариант не верифицирован.

Лечение проводилось по трем программам.

1-я программа: I цикл ПХТ ЦОП, облучение очагов поражения, продолжение ПХТ ЦОП до 6 циклов.

2-я программа: 6 циклов ПХТ ЦОП.

3-я программа: облучение через большие поля (размеры 80 x 80 см, от угла глаза до верхней трети бедра), в СОД 1,5 - 2,5 Гр (субтотальное облучение), с последующим облучением очагов поражения в СОД 30-40 Гр. (Начата в последние 1,5 года.)

Лечение по 1-й программе выполнено 53 больным, в том числе 37 пациентам с I-II ст., 16 - с III-IV ст., по 2-й программе - 28 больным с III-IV ст. и 3-й программе - 11 больным, из них у 4 указанная программа лучевой терапии сочетается с ПХТ.

В результате полихимиолучевого лечения (1-я программа) больных I-II ст. полные ремиссии достигнуты у 10 (19%), неполные

у 6,1 % больных. 24-месячная общая и безрецидивная выживаемость составила 85,9 и 85 % соответственно. Проведение комбинированной терапии пациентам с III-IV ст. позволило получить полные ремиссии у 81,3 %, неполные - у 18,7 % пациентов. Общая 24-месячная выживаемость составила 84,7 %, безрецидивная - 67 %. При данной схеме лечения пациентов I-IV ст. результаты терапии не зависели от степени злокачественности лимфосаркомы.

В результате лечения по 2-й программе пациентов с III-IV ст. 24-месячная общая и безрецидивная выживаемость составила 42,8 и 10,4 % соответственно. При этом эффективность медикаментозного лечения существенно образом определялась степенью злокачественности процесса. У пациентов с промежуточной степенью злокачественности лимфосаркомы полные ремиссии достигнуты у 6 (66,6 %) из 9, неполные - у 2 (22,2 %), в 1 случае проводимое лечение было неэффективно. Общая 24-месячная выживаемость составила 72,8 %, безрецидивная - 10,4 %. У пациентов с высокой степенью злокачественности лимфосаркомы полные ремиссии удалось получить лишь у 4 (21,0 %) из 19 и у 7 (36,7 %) - неполные. 24-месячная общая выживаемость составила 31,2 %, безрецидивная - 0 %.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о целесообразности использования комбинированной (полихимиолучевой) терапии при локальных и генерализованных формах лимфосаркомы.

При проведении низкодозового субтотального облучения (3-я программа) у большинства пациентов отмечался выраженный положительный эффект, заключающийся в регрессии опухолевых очагов на 60-100 %. У 6 из 7 больных, которым проводилось сочетание субтотального облучения с облучением зон первичного опухолевого поражения, удалось получить полную ремиссию длительностью 4-18 мес. Положительный эффект отмечен и у пациентов, лечение которых помимо субтотального облучения включало полихимиотерапию. В полной клинической ремиссии сроком 6-12 мес живы 3 из 4 больных. Учитывая, что число больных, получивших системную лучевую терапию, невелико, требуется дальнейшее наблюдение для оценки эффективности субтотального облучения.

УДК 616.5-001.29-06:616-006-02

МАЛИГНИЗАЦИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЗДНИХ МЕСТНЫХ  
ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИИ

М.С.Бардычев, В.Д.Петрик, Р.И.Гуныко

г. Обнинск

В отдаленные сроки после воздействия ионизирующего излучения лучевые повреждения кожи и подлежащих мягких тканей могут малигнизироваться. Несмотря на противоречивость различных точек зрения относительно механизма лучевого канцерогенеза, в настоящее время следует считать общепринятой концепцией этиологической роли прямого эффекта облучения в последующей бластоматозной трансформации облученных клеток.

В период с 1967 г. нами наблюдалось 82 больных в возрасте от 25 до 87 лет с малигнизацией местных лучевых повреждений кожи и подлежащих мягких тканей. Малигнизации может подвергаться любая клиническая форма позднего лучевого повреждения, на фоне атрофического дерматита она наблюдалась у 16 больных, в зоне лучевого фиброза - у 31, а также перерождение лучевой язвы - у 35. У большинства больных с трихофитией и микроспорией суммарные поглощенные дозы колебались в пределах 3-8 Гр, у остальных больных суммарная поглощенная доза, приходившаяся на область лучевого повреждения кожи, составила 40-120 Гр за один или несколько курсов облучения.

Распознавание малигнизации лучевого повреждения основывалось главным образом на результатах гистологического исследования биопсийного материала. Клиническое течение, прогноз и терапевтические мероприятия во многом были обусловлены морфологической картиной лучевой опухоли, а также ее локализацией и распространенностью. Гистологические типы лучевых опухолей были представлены различными формами рака (36 больных), саркомами (30) и меланобластомами (2). Лучевые саркомы клеток, подтвержденные рентгенологическим и морфологическим исследованиями, отмечены у 10 (12,2 %) больных. В 5 случаях выявлена остеогенная саркома, в 3 - фибросаркома, в 2 - остеосаркома, в 1 -

истриомитомы и злокачественная опухоль недифференцированного типа.

Наблюдения злокачественного перерождения лучевых повреждений кожи и подлежащих тканей показывают, что если раньше лучевой рак (преимущественно рак кожи рук) наблюдался главным образом у лиц с профессиональными лучевыми повреждениями, то, по нашим материалам, профессиональный лучевой рак выявлен лишь у 2 больных (2,7%), у 80 (98,8%) больных озлокачествлению подвергались лучевые повреждения, явившиеся следствием лучевой терапии злокачественных опухолей. У 23 (28,07%) больных лучевые опухоли развивались на фоне лучевых повреждений кожи головы после рентгенэпиляции при трихофитии (I3) и рентгенотерапии сирингомиелии (I0).

Продолжительность периода от облучения до развития лучевой опухоли была различной - от 5 до 43 лет. Наименьший латентный период наблюдался у больных после лучевой терапии рака кожи. Наибольшая продолжительность латентного периода была у больных, облучавшихся по поводу трихофитии, затем у больных, страдавших сирингомиелией. Таким больным применяли облучение в сравнительно небольших суммарных поглощенных дозах - 40-30 Гр.

Развитие лучевых опухолей следует рассматривать как одно из наиболее серьезных осложнений местных лучевых повреждений тканей. Собственный опыт лечения более 5000 больных с местными лучевыми повреждениями свидетельствует, что ведущим профилактическим мероприятием таких осложнений является раннее и по возможности радикальное (превентивное) лечение. Такой подход позволяет снизить частоту возникновения лучевых опухолей.

УД

би  
пр  
аб  
ме  
за  
ве  
ни

у  
не  
ко  
на

ра  
ди  
пр  
лу  
в  
де  
оч  
ди  
Не  
ми  
2  
6  
ли  
4  
60

УДК 616.351-006.6-059

## НОВЫЙ МЕТОД ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБЛУЧЕНИЯ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Б.А.Бердов, Н.И.Дрченко

г.Обнинск

На сегодня вполне очевидно, что расширение показаний к комбинированному лечению больных местно-распространенным раком прямой кишки, повышение процента резектабельности и обеспечения абластичности хирургического вмешательства невозможно без применения предоперационной лучевой терапии. Поэтому поиск оптимизации предоперационного лучевого воздействия имеет существенное значение в повышении результатов комбинированного лечения в целом.

С целью усиления радиоповреждаемости опухоли нами впервые у 33 больных местно-распространенным раком прямой кишки в плане комбинированного лечения была применена методика динамического суперфракционирования дозы излучения на фоне локального нагревания опухоли.

Лечение, как правило, начинали в понедельник с лучевой терапии на установке "Рокус" и проводили с 4 полей, используя дистанционное статическое перекрестное гамма-облучение. Курс предоперационного лучевого воздействия длился 22 дня, СДД облучения равнялась 38 Гр. В 1-й день посьодилась очаговая доза в 4 Гр двумя фракциями по 2 Гр с интервалом в 4 ч, во 2-й день - 5 Гр за один прием. В последующие 3-16-й дни разовая очаговая доза постепенно уменьшалась и составляла в 3-й и 9-й дни по 4 Гр, в 11-й и 12-й дни - по 3 Гр и в 16-й день - 2 Гр. Последние 3 дни очаговая доза вновь подьодилась двумя фракциями с интервалом в 4 ч и равнялась на 16-й день 3 Гр (по 1,5 Гр 2 раза), на 19-й день 4 Гр (по 2 Гр 2 раза) и на 21-й день - 6 Гр (по 3 Гр 2 раза). Начиная со 2-го дня облучения проводили 3 сеанса предварительного локального нагревания опухоли до 42-43,5 °С в течение 1 ч. Неблизкостепенно после завершения облучения больного переносили на установку для проведения операции.

нии. Интервал между этими процедурами не превышал 5-7 мин. Окончательную оценку клинического состояния (динамика субъективных ощущений) и реакции первичной опухоли на предоперационное воздействие проводили в процессе лечения и через 4 нед после его окончания. При достижении регрессии опухоли, достаточной для проведения радикальной операции, больного оперировали.

Эффективность разработанной методики предоперационного воздействия оценивали, сравнивая результаты применения ее и самостоятельной предоперационной дистанционной лучевой терапии у идентичной группы больных (50 человек) леченных в общепринятом режиме фракционирования дозы излучения: по 4 Гр 3 раза в неделю до СОД 40 Гр.

Наблюдения за больными в процессе лечения показали, что на фоне общеукрепляющей, десенсибилизирующей, местной и общей противовоспалительной терапии в большинстве случаев больные перенесли удовлетворительно. Анализ частоты и тяжести общей лучевой реакции у больных разных групп показал, что они одинаково часто наблюдались как в основной, так и в контрольной группах (соответственно 42,3 и 42,0 %). Местные лучевые реакции, наблюдаемые в процессе использования методики динамического суперфракционирования дозы излучения, по характеру были идентичны тем, которые отмечались при общепринятом пролонгированном курсе облучения. Однако в основной группе частота встречаемости их была намного выше и составила 98,1 % против 36,0 % в группе контроля.

Изучение влияния лучевого воздействия на опухоль на клеточном и тканевом уровнях показало, что применение лучевой терапии в предоперационный период в режиме пролонгированного курса облучения позволяет лишь у 48 % больных получить выраженную регрессию опухоли. При использовании методики предоперационного лучевого воздействия в режиме динамического суперфракционирования дозы излучения процент выраженной регрессии опухоли превышал 55. При этом в три раза чаще в основной группе наблюдалась полная регрессия опухоли. Данная закономерность сохранялась и при анализе лучевого патоморфоза новообразования: чаще выраженный лучевой патоморфоз опухоли и полный нек-

роз ее отмечены в группе больных, у которых лучевая терапия проводилась на фоне гипертермии.

В результате предоперационной лучевой терапии в режиме динамического суперфракционирования дозы излучения на фоне гипертермии у 90,9 % больных представилось возможным получить терапевтический эффект, достаточный для выполнения радикальной операции. При использовании стандартной методики облучения процент положительных результатов лечения был существенно ниже (55 %).

Полученные данные позволяют рекомендовать методику динамического суперфракционирования дозы излучения на фоне гипертермии при раке прямой кишки для дальнейшего изучения в клинической практике.

УДК 616.71-006.3.04-085.632.8

РАДИОСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ЛОКАЛЬНОЙ УВЧ-ГИПЕРТЕРМИИ  
ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМОЙ

И.Н.Бойко, В.Е.Лопатин

г. Обнинск

Попытка улучшить результаты лучевой терапии остеогенной саркомы путем увеличения суммарной или фракционной дозы не привела к заметному повышению эффективности лечения. Поэтому в радиологическом отделении ИИИР АМН СССР при комбинированном лечении больных остеогенной саркомой применен радиобиологически обоснованный метод локальной УВЧ-гипертермии, который позволял с помощью специальных электродных устройств избирательно нагревать опухоль. Проведен анализ результатов лечения 57 больных в 2 клинически однородных группах с локализованной формой остеогенной саркомы. В 1-ю группу вошло 27 больных, получивших на очаг 84 Гр в сочетании с УВЧ-гипертермией; во 2-ю - 30, получивших 36 Гр в сочетании с УВЧ-гипертермией. Дистанционную гамма-терапию проводили всем больным по 6 Гр 3 раза в неделю до суммарной очаговой дозы (СОД) 36 Гр. На эту же дозу

30 больным облучение прекратили. Остальным продолжали лучевую терапию по 3 Гр 5 раз в неделю до общей СОД 84 Гр. Локальную УВЧ-гипертермию сочетали с крупными фракциями (6 Гр) облучения. Больным проводилось 4 сеанса локальной УВЧ-гипертермии, каждый из которых продолжался не менее одного часа и предшествовал облучению.

Анализ непосредственных, ближайших и отдаленных клинических данных и морфологических исследований ампутированных конечностей по группам показал, что локальная УВЧ-гипертермия не усиливает повреждения здоровых тканей, не увеличивает частоту метастазирования и не вызывает каких-либо побочных явлений. Так, после терморрадиотерапии боли полностью исчезли у 92 % больных 1-й группы и у 96 % пациентов 2-й. Причем у всех больных боли уменьшились уже после 1-го сеанса гипертермии, а после 2-го и 3-го прекращались полностью. Мягкотканый компонент опухоли уменьшился в конце лечения в 1-й группе у 46 %, а во 2-й у 43 % больных. В течение 3 лет наблюдаются в 1-й и 2-й группах 47,6 и 49,9 % больных соответственно. Особое внимание обращает на себя тот факт, что у больных 2-й группы результаты лечения не отличаются от таковых в 1-й, где терморрадиотерапия проводилась до СОД 36 Гр.

Таким образом, существенным является то, что локальная УВЧ-гипертермия позволяет снизить СОД с 84 до 36 Гр (при одновременном улучшении течения заболевания) и соответственно дает возможность проведения ортопедических реабилитационных операций. Благодаря снижению СОД уменьшается как местная лучевая реакция окружающих здоровых тканей, так и общее биологическое воздействие ионизирующего излучения на организм.

УДК 616-006-065

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКИЙ И ЭНДОЛИКВОРНЫЙ ПУТИ ВВЕДЕНИЯ  
ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Ю.Н.Бордашков

г.Ростов-на-Дону

В клинике Ростовского научно-исследовательского онкологического института широко применяется эндолимфатический способ введения химиопрепаратов, оказавшийся при ряде локализаций опухоли более эффективным, нежели системное введение препаратов /См.сб.: Эндолимфатическая лекарственная терапия злокачественных новообразований. М., 1965/. Кроме того, в отделении химиогормонотерапии РНИОИ с успехом применяется в лечении далеко зашедшего рака молочной железы введение гидрокортизона в ликвор путем лимбальной пункции /А.с. № 272433/. В последнее время такой же способ используется при лечении синестролом эстрогенрезистентных форм рака предстательной железы.

В развитие эндоликворного способа лечения изучена возможность применения этого метода при раке почки. Как известно, почечно-клеточный рак является устойчивым к химиотерапии, поэтому поиск альтернативных методов лечения, особенно в плане гормональных воздействий при комбинированном лечении этой гормонозависимой опухоли, вполне оправдан. Изучалась эффективность воздействия на ткань опухоли, получаемой при операции нефрэктомии. Ксенотрансплантаты этой опухоли в диффузионных камерах подвергались различным воздействиям химио- и гормонотерапии. Оценка степени повреждения клеток опухоли проводилась как морфологически (по показателям дистрофии), так и радиометрически - по степени включения в пролиферирующую ткань. Было найдено, что наиболее сильное повреждающее воздействие на опухолевую ткань оказывает эндоликворное введение оксипрогестерон-капроната. В этих случаях на месте центральной части монолоя опухолевых клеток разрасталась преимущественно соединительная ткань. При внутримышечном способе введения препарата степень выраженности дистрофии опухолевых клеток была в 2-3 раза выше от

начались лишь местами, причем не во всех случаях. Что касается системной химиотерапии, то она, по нашим наблюдениям, ни разу не была эффективной. Таким образом, приведенные результаты свидетельствуют о возможности применения эндоликворной терапии после оперативного лечения для предотвращения последующего метастазирования почечно-клеточного рака.

В последнее время при лечении рака молочной железы применяются схемы химиотерапии, в том числе с антибиотиками антрациклинового ряда. На модели ксенографтов рака молочной железы нами была оценена сравнительная эффективность различных схем лечения. В 1-й группе проводили эндоликворную терапию гидрокортизоном, во 2-й - схему Купера, в 3-й - схему с карминомицином, применяемую в РНИОИ. В результате было найдено, что эндоликворная гормонотерапия не уступает по эффективности испытанным схемам лечения химиопрепаратами. Так, вакуолизация ядра сильней всего была выражена в 1-й группе, по степени карнолиза и карнорексиса все три группы близки между собой, и лишь цитоллизис больше выражен в группе с карминомицином. Степень разрастания соединительной ткани на месте опухолевых клеток больше всего в 1-й группе. Таким образом, получены факты, свидетельствующие о значительной эффективности эндоликворной терапии гидрокортизоном. Если учесть, что применение любых схем с применением химиопрепаратов сопровождается побочными токсическими эффектами, то следует признать необходимость дальнейшей разработки эндоликворной терапии как самостоятельного метода, так и в комбинации с химиотерапевтическими схемами.

В развитие метода эндолимфатической терапии в торакальном отделении РНИОИ при лечении рака легкого применяется дренирование грудного протока с последующей аутолимфохимиотерапией. Актуальным в этом плане является вопрос о сохранности функциональных свойств лимфоцитов лимфы в условиях воздействия больших доз химиопрепаратов и направленности изменений иммунологических параметров лимфоцитов крови, наступающих в условиях такой интенсивной терапии. В результате обследования 16 больных найдено, что ответ лимфоцитов на ФГА, Кон А и пирогенал после воздействия химиопрепаратов снижен, но в ответ на Кон А достоверно повышен, активность же супрессоров имела яв-

ну  
ка  
то  
ни  
ни  
с  
че  
ве  
а  
ра

же  
зу  
вид  
ду  
вен  
ст  
чи  
с  
то  
се  
де  
по  
ле  
те

ра  
кв

ную тенденцию к снижению, число активных и общих КЛБ, так же как и число НК, не изменилось. Таким образом, весь спектр клеточных элементов сохраняет возможность принять участие в усилении противоопухолевого иммунитета. В работе обсуждаются механизмы эффективности эндолимфатической и эндоликворной терапии с точки зрения наступающих при этом гормональных и иммунологических перестроек, особенностей рециркуляции лимфоцитов, подвергнутых воздействию препаратов ("туморотропность" лимфоцитов), а также с учетом анатомических связей субарахноидального пространства и лимфатических путей.

### СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

А.Ф.Бухны, Г.В.Годдобенко, Л.А.Дурнов,  
Г.В.Лобанов, М.И.Нечушкин, Г.Я.Цейтлин

г. Москва

Последнее десятилетие характеризуется значительными достижениями в разработке программной терапии и улучшением ее результатов при злокачественных опухолях основных морфологических видов и локализаций у детей. Остается значительный разрыв между достижениями в организации, диагностике и лечении злокачественных новообразований в ведущих онкопедиатрических отделениях страны и сети педиатрических лечебных учреждений. Главной причиной этого является отсутствие системы оказания помощи детям с онкопатологией во многих регионах страны: организационно-методической, консультативно-диагностической, лечебной, диспансерной, реабилитационной. Несмотря на совершенствование комплексной диагностики, значительное число детей (от 60 до 70 %) поступает для проведения специальной терапии в III-IV ст. опухолевого процесса, что делает сложным осуществление радикальной терапии новообразования.

Ведущей тенденцией совершенствования лекарственной терапии злокачественных опухолей у детей является интенсификация за счет применения высоких доз химиотерапии и радиации.

кольных цитостатиков различного механизма действия. Но даже жесткие режимы ее далеко не всегда дают желаемые результаты, хотя при этом резко увеличиваются количество и глубина побочных эффектов и осложнений лечения.

В связи с этим лучевая терапия сохраняет большое значение при местно-распространенных новообразованиях у детей и требует разработки новых методических подходов при ее применении. Нет единого мнения относительно оптимального срока, числа фракций и величины дозы облучения, которые бы обеспечивали полный терапевтический эффект. Уменьшения поздних эффектов можно достигнуть при использовании небольших разовых очаговых доз, при этом наиболее целесообразным является использование методики мультифракционирования.

Опыт ВОНЦ (более 120 детей) показал, что применение этой методики приводит к существенному уменьшению частоты и тяжести местных и общих лучевых реакций при значительном повышении непосредственного лечебного эффекта. Так, 16 из 18 детей с ретинобластомой при органосохранном химиолучевом лечении живы более 2 лет без признаков лучевых повреждений нормальных тканей.

Разработаны 2 схемы динамического суперфракционирования очаговой дозы для новообразований, отличающиеся радиочувствительностью опухолевых клеток. Изучение непосредственного эффекта лучевой терапии по этим схемам показало возможность получения полной или частичной регрессии радиочувствительной опухоли у 61 % больных. Полученные результаты позволяют надеяться на улучшение и отдаленной эффективности при уменьшении последствий облучения.

Все большее значение в качестве модификатора лучевой и лекарственной терапии приобретают локальная гипертермия, гипергликемия и некоторые препараты (метронидазол), которые существенно увеличивают эффективность специальных методов лечения. Опыт термолучевой и термохимиотерапии 48 детей с саркомами мягких тканей и остеогенной саркомой, 80 % которых были местно-распространенными или рецидивными, показал перспективность этого направления. 19 (40 %) больных живы без рецидива и метастазов в сроки от 1 до 4 лет, причем у 8 из них при гистологическом исследовании удаленных и биопсированных опухолей после

терм

или  
луче  
ем  
ист  
дет  
нез  
пре  
дик  
повтер  
вых

УДК

вед  
осо  
них  
вой  
ногств  
что  
опу

го

термолучевой терапии не обнаружено жизнеспособных клеток.

Впервые в детской онкологии изучены возможности контактной или внутритканевой гамма-терапии, которая позволяет увеличить лучевое воздействие на первичный очаг с минимальным повреждением жизненно важных органов и тканей. Опыт применения дискретных источников  $^{60}\text{Co}$ ,  $^{252}\text{Cf}$ ,  $^{137}\text{Cs}$  в плане комплексной терапии 32 детей со злокачественными опухолями различной локализации и гистогенеза (саркомы мягких тканей конечностей, влагалища, незрелых пресакральных тератом и др.) показал перспективность этих методов. Все дети перенесли лечение удовлетворительно, без лучевых повреждений здоровых органов и тканей.

Таким образом, в настоящее время возможности комплексной терапии могут быть существенно расширены за счет применения новых методических подходов.

УДК 616.65-006.6-085.64

СОЧЕТАНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С ЛОКАЛЬНОЙ СВЧ-ГИПЕРТЕРМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.В.Бухаркин, Б.И.Матвеев, Г.В.Голдобенко,  
С.И.Ткачев

г. Москва

Лучевая терапия в последние два десятилетия стала одним из ведущих методов лечения больных раком предстательной железы, особенно пациентов, не имеющих отдаленных метастазов. При ранних стадиях опухолевого процесса лучевое воздействие в очаговой дозе 60-70 Гр позволяет почти у всех больных достичь местного излечения первичной опухоли.

В последние годы для селективного усиления лучевого воздействия на опухоль применяют локальную гипертермию. Установлено, что тепловое воздействие свыше  $42^{\circ}\text{C}$  повышает чувствительность опухолевых клеток к действию ионизирующих излучений.

За период с 1985 г. по настоящее время наблюдали 61 больного раком предстательной железы в стадии T<sub>2-4</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>. Возраст их

колебался от 46 до 78 лет. Диагноз у всех больных был верифицирован цитологическими или морфологическими методами исследования. Это была аденокарцинома различной степени злокачественности. В зависимости от метода лечения больные были подразделены на 2 группы. I-я группа больных (24) получала только дистанционную мегавольтную лучевую терапию, у 2-й (57) последняя сочеталась с локальной микроволновой гипертермией.

По данным клинико-рентгенологического исследования, у больных I-й группы была диагностирована опухоль в стадии  $T_1$  у 3 (12,5%  $\pm$  7,0%), во 2-й - у 5 (9%  $\pm$  4%) соответственно,  $T_2$  - у 18 (75%  $\pm$  9%) и у 41 (73%  $\pm$  6%). У 3 (12,5%  $\pm$  7%) и 11 (19%  $\pm$  5%) больных опухоль прорастала в мочевой пузырь.

Разовая очаговая доза в I-й группе была 2 Гр, которая проводилась 5 раз в неделю, во 2-й - 3 Гр, облучение 3 раза в неделю (понедельник, среда, пятница). Суммарная очаговая доза за два этапа составляла 65-70 Гр.

На втором этапе во 2-й группе больных 2 раза в неделю (понедельник, пятница) проводилась еще локальная СВЧ-гипертермия, всего 4-6 сеансов. Использовали аппарат отечественного производства "Ялик-Ф" с частотой электромагнитных колебаний 460 МГц. Разработаны и применялись специальные внутриполостные антенны-излучатели. Больные обеих групп удовлетворительно переносили лечение. Общих лучевых реакций отмечено не было. Местные лучевые реакции в виде катарального лучевого ректита и цистита встречались в I-й группе у 17 (71%  $\pm$  5%) больных, а во 2-й у 36 (63%  $\pm$  7%), т.е. практически одинаково часто ( $p < 0,5$ ). Обычно эти реакции при применении противовоспалительного лечения (уросептиков, масляных и/или гидрокортизоновых микроклизм) стихали через 1-2 мес. после облучения.

Более года прослежены все больные. 24 пациента I-й группы и 12 - 2-й наблюдаются более 2 лет. Из 24 больных I-й группы через 2 года после лучевого лечения признаки новообразования в предстательной железе отсутствуют у 13 (54%  $\pm$  5%), а во 2-й группе из 12 пациентов аналогичный эффект получен у 10 (83%  $\pm$  10%) ( $p < 0,01$ ).

Из общего числа анализируемых больных у 13 отмечен рецидив роста опухоли простаты, причем, у 10 из них не наблюдалось пол-

ной клинической регрессии новообразования. Более 70% после лучевого и термолучевого лечения соответственно живы (61%  $\pm$  6%). При этом без признаков заболевания наблюдаются (40%  $\pm$  10%) и (75%  $\pm$  12%) ( $p < 0,05$ ).

Учитывая полученные результаты, можно полагать, что использование локальной гипертермии как адьюванта лучевого лечения приведет к улучшению результатов терапии больных раком простаты.

УДК 616-006-07-06.146.7

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ С  
ПЛАТИДИАМОМ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

И.А.Вайткявичюс, М.И.Гарькавая, Б.И.Лухтан, В.Ю.Шпирац

г. Вильнюс

Общеизвестно, что за последние 10 лет число больных злокачественными опухолями яичников (ЗОЯ) возрастает ежегодно на 1,5%, кроме того у 50-60% больных болезнь диагностируется в III-IV ст. Изучая проблему лечения ЗОЯ, мы установили, что включение препарата платидиам в программы полихимиотерапии улучшает результаты лечения. В 1965-1968 гг. в отделении онкогинекологии НИИ онкологии г. Вильнюса из 317 больных, лечившихся по поводу ЗОЯ, 67 (21,1%) мы применили полихимиотерапию (ПХТ) из 4 цитостатиков - платидиам, адриабластин, винкристин и циклофосфана. У 30 больных наблюдалась III ст. и у 37 - IV ст. заболевания. Возраст больных колебался в пределах 41-60 лет. До начала лечения у 50 больных скапливалась асцитная жидкость, у других II были асцит и гидроторакс.

29 больным противоопухолевое лечение начали с применения ПХТ. После реализации 2 курсов больные были оперированы. 36 других больных в начале были оперированы, а ПХТ им проводилось в ближайшее время послеоперационного периода. В обеих группах больных 3 первые курса ПХТ повторялись каждые 1-2 мес, а в последующем - каждые 2-3 мес. В процессе лечения 40 больных были оперированы. Из них у 36 были удалены матка и придатки.

и сальник, у 13 - ампутирована матка, удалены придатки и сальник, 6 больным удалены придатки матки и сальник. У 10 больных во время лечения произведена лапароскопия и биопсия опухоли. Эти больные после окончания ПХТ будут оперированы. Гистологическое исследование операционного и биопсийного материала показало, что у 54 больных была папиллярная аденокарцинома, у 9 - солидная, у 3 - папиллярная цистаденокарцинома и у 1 - дисгерминома.

В сыворотке крови всех леченных больных до и после окончания каждого этапа лечения (операция и ПХТ) с помощью метода РИА и ИРМА определяли уровни опухолевого антигена СА 125 и ферритина. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с помощью пакета программ "Statgraphics".

Анализ результатов работы показал, что 41 больная в настоящее время жива, состояние и качество жизни удовлетворительное. 4 из 67 больных живут от 33 до 48 мес, 5 - от 19 до 27 мес, 14 - от 11 до 15 мес. Содержание опухолевого антигена СА 125 до начала специфического лечения значительно превышало дискриминационный уровень, равный  $33 IU / mL$  у 69,4 %, независимо от гистологической структуры опухоли. Хирургическое удаление опухоли вызвало достоверное снижение уровня антигена у 72 % больных. Отмечена прямая зависимость содержания в сыворотке больных СА 125 от объективного эффекта, вызванного применением ПХТ, но степень нормализации была менее выраженной, чем при оперативном лечении. Динамика концентрации ферритина у этих больных не была достоверной. Непосредственные результаты наблюдений за больными позволили сделать следующие выводы:

1. Включение препарата платидиам в программу ПХТ позволяет чаще стабилизировать прогрессирование процесса: у больных ЗОЯ прекращается выделение жидкости в серозные полости, уменьшаются размеры опухолевых масс, создаются условия для проведения расширенной операции. Повторные курсы ПХТ с платидиадом при распространенных ЗОЯ улучшают ближайшие результаты лечения.

2. Определение опухолевого антигена СА 125 у больных ЗОЯ имеет несомненную практическую ценность как во время проведения специфического лечения, так и в целях мониторинга после его окончания.

УДК 616-06-059:616-006.6:611.353

АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗЫ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ  
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

О.М.Вайнер, А.В.Архангельская, Л.А.Орловская,  
В.А.Колесникова, А.Д.Орешкина

г. Ростов-на-Дону

Усиление липидной пероксидации является универсальной ответной реакцией организма на развитие в нем практически любого патологического процесса. Не вызывает сомнения ключевая роль процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в генезе злокачественного роста. Инициаторами реакций ПОЛ являются активные формы кислорода:  $O_2^-$ ,  $O_2^{2-}$ ,  $O^*$ ,  $OH^*$ ,  $^1O_2$ . Генерализация злокачественного роста сопровождается выраженной активацией ПОЛ и уменьшением степени антиоксидантной (АО) защиты. Центральная роль отводится супероксидному ( $O_2^-$ ) радикалу, поэтому одним из важнейших АО-ферментов является супероксиддисмутаза (СОД), которая эффективно утилизирует супероксидные радикалы. В настоящее время СОД относят к ферментам радиационной защиты. Общая активность супероксиддисмутазы, по зарубежным данным и данным, полученным в нашей лаборатории, отражает адаптационные возможности организма в условиях патологии и лучевого лечения. В нашей лаборатории разработан критерий оценки интенсивности патологического процесса у онкологических больных. Целью работы являлось выявление биохимических изменений активности СОД при развитии рака прямой кишки (РПК) и его специфическом лечении.

Нами обследовано 54 больных РПК, которые коннертным способом были распределены в 2 группы: 1-я - оперативное лечение; 2-я - комбинированное (предоперационная телегаммагерация с крупным фракционированием дозы курсовой дозой 20 Гр). Активность СОД определяли по методу *R. Fried* в следующие сроки: до и после операции (7 дней), в отдаленный период наблюдения за больными, а у больных 2-й группы ежедневно в процессе облучения. По полученным результатам можно сделать следующее заключение.

Заболеваемость среди мужчин и женщин в возрастных группах одинаковая: 1/4 - это больные до 50 лет, 3/4 - старше 50. Из-за запущенности процесса радикальное вмешательство было возможно у 3/4 больных женщин и менее половины мужчины. Общая активность СОД в ед/мл/мин составляла у доноров  $289,0 \pm 8,7$ ; у больных III ст. РПК -  $332,4 \pm 10,2$ ; у больных IV ст. РПК -  $178 \pm 19$  и  $416 \pm 28$ . Различия между группами статистически достоверно. 32 больных оказались неоперабельными из-за распространенности опухолевого процесса. Резкие колебания активности СОД в крови у больных РПК сочетаются с их неоперабельностью, что позволяет считать этот показатель прогностическим. Совпадение активности фермента с запущенностью заболевания составляет 91 %.

При предоперационном облучении активность СОД возрастала у больных III ст. в динамике облучения. Падение активности фермента, наступавшее после первого или второго сеанса облучения с последующим уменьшением активности, - плохой прогностический признак, т.к. все больные оказались неоперабельными (IV ст.).

Различные клинические проявления реакции на облучение сопровождаются увеличением активности СОД больше чем в 2,5 раза, что не отмечено у группы больных, у которых активность СОД не достигает этого изменения (по сравнению с исходными величинами). Активность СОД коррелировала с физическим состоянием больных уменьшением жалоб, последующим благоприятным течением послеоперационного периода.

Мы полагаем, что противоопухолевая терапия должна быть индивидуальной, и определение активности СОД - адекватный показатель этого. Активность СОД в крови больных РПК отражает степень генерализации опухолевого процесса и эффективность применяемого лечения.

УДК 616-006:616.13/14-089

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МАГИСТРАЛЬНЫХ  
СОСУДАХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ**

**В.Я.Васютков, А.А.Соколов, В.Е.Евсеев**

**г. Калинин**

Необходимость хирургического вмешательства на магистральных сосудах у онкологических больных возникает при следующих обстоятельствах: а) прорастании стенки сосуда опухолью; б) применении комбинированных операций у пациентов с громадными опухолями; в) изменении типичного места расположения магистральных сосудов вследствие сдавления и смещения их большими новообразованиями; г) наличии ракового тромба в просвете нижней полой вены при раке почки; д) ятрогенной травме сосудов; е) применении предоперационной эмболизации сосудов у больных с опухолями почки.

Клинический опыт показал, что в крупных онкологических центрах при наличии специализированных онкохирургических отделений (торакального, урологического, опухолей головы и шеи и др.) в штате диспансера должны быть подготовленные ангиохирурги и ангиорентгенологи, рентгеновская аппаратура, позволяющая выполнить серийные артерио- и венографию, и соответствующий инструментарий для выполнения селективной ангиографии и пластических операций на магистральных сосудах.

С 1966 по 1988 г. в различных лечебных учреждениях плановые пластические операции нами выполнены у 17 больных (пластика вен - 12, артерий - 5) при прорастании опухоли в стенку крупного сосуда (бедренный сегмент, плечеголовные и подкрыльцовые сосуды, сонная артерия и др.). Применялся боковой и циркулярный шов сосуда, аутовенозная пластика свободным трансплантатом. Все пациенты выздоровели. У 12 больных с обширными злокачественными опухолями почки была выполнена тромбэктомия из нижней полой вены. Погибли от тромбоза эмболии легочной артерии 2 больных.

Кроме того, 55 пациентам с раком почки была проведена

предоперационная эмболизация артерий. Распределение по стадиям было следующим:  $T_2$  - 20 больных,  $T_3$  - 28 и  $T_4$  - 7. Все больные оперированы в сроки 48-96 ч после выполнения внутрисосудистого вмешательства. Установлено, что частота метастазирования в разные сроки после оперативного лечения больных  $T_2$  ст. при нефрэктомии в 1,6 меньше, чем в контрольной группе. Нефрэктомия при  $T_3$  -  $T_4$  ст. опухоли возможна из лимботомического доступа с соблюдением основных принципов онкологии. При этом значительно упрощается техника её выполнения за счет обескровливания почки и уменьшения ее размеров и паранефрального отёка. Вместе с тем улучшения прогноза заболевания при этих стадиях опухоли не выключено.

Кроме того, нами изучены истории болезни 53 больных, у которых во время удаления опухолей различных локализаций были повреждены магистральные артерии и вены. Основной причиной ятрогенной травмы было стремление хирурга радикально удалить опухоль, которая прорастала стенку сосуда. Восстановлен магистральный кровоток с помощью бокового и циркулярного атравматического шва у 31 больного и произведена лигатура сосудов у 17. В 5 наблюдениях не удалось остановить возникшее кровотечение на операционном столе. Всего умерло 7 больных (13,2 %).

УДК 616.62-006.6-089.87

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К НАДУЗЫРНОМУ ОТВЕДЕНИЮ МОЧИ**

**ПРИ ЦИСТАКТОМИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Д.Т.Гоцадзе, В.А.Мосидзе, Г.Г.Намсадзе,  
Г.Г.Пирихалашвили

г. Тбилиси

С целью усовершенствования способов наддузырного отведения мочи при цистэктомии по поводу рака в ОНЦ МЗ СССР использована методика, отличительной особенностью которой является формирование резервуара для мочи из слепой и восходящего отдела толстой кишки с контролируемым его опорожнением. Дренажное соз-

данного объема происходит через переднюю брюшную стенку посредством илеоуриностоми, для чего используется терминальный отдел (10-15 см) тонкой кишки. Постоянному истечению мочи из резервуара препятствует баугиниевая заслонка или (при ее недостаточности) специально сформированный клапан из тонкой кишки. Опорожнение достигается путем самостоятельной катетеризации уретральным катетером. У оперированных больных максимальная емкость резервуара составляет 500-600 мл. Если объем выше указанного, сформированный "клапан" перестает удерживать мочу и больной отмечает промокание уриностомы. Непрерывность кишечной трубки восстанавливается формированием антирефлюксного "хоботового" илеотрансверзоанастомоза.

Цистэктомия с образованием цекоасцендорезервуара (ЦАР) выполнена у 11 больных раком мочевого пузыря (1 женщина и 10 мужчин в возрасте 37-62 лет). В 3 наблюдениях стадия заболевания соответствовала T<sub>1</sub> # ОМО, у 7 больных - T<sub>3</sub> # ОМО и в одном случае - T<sub>3</sub> # ИМО.

У 3 больных цистэктомия с формированием ЦАР произведена одномоментно. Остальным 8 больным формирование резервуара осуществлено на первом этапе лечения и только затем цистэктомия.

Послеоперационное исследование больных включало внутривенную урографию, а также рентгенологическое и эндоскопическое изучение "искусственного мочевого пузыря". Функциональные результаты операции расценены как удовлетворительные. Во всех случаях своевременно восстанавливалась выделительная функция почек, лишь в одном наблюдении отмечен рефлюкс-пиелонефрит, и что не менее важно, все больные самостоятельно контролируют "мочепускание".

Таким образом, предлагаемый метод надпузырного отведения мочи после цистэктомии по поводу рака не ухудшает результаты лечения, значительно улучшает "качество жизни" радикально оперированных больных.

УДК 617.85-073.755.4

ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ  
ЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

А.М. Гранов, П.Г. Таразов

г. Ленинград

Метод эмболизации печеночной артерии (ЭПА) в последние годы хотя и применяется в паллиативном лечении нерезектабельных опухолей печени, однако до сих пор находится в стадии клинического изучения.

Мы располагаем опытом лечебной ЭПА у 60 больных с гистологически верифицированными новообразованиями органа. В данной работе представлены результаты лечения 25 человек, у которых ЭПА являлась единственным методом терапии и не сочеталась с тем или иным видом химиотерапии. Из них мужчин было 16, женщин - 9, возраст - от 20 до 80 лет (в среднем 54,5 года). Первичные злокачественные опухоли диагностированы у 10, метастазы в печень - у 15 пациентов. На основании клинического рентгенологического и других исследований новообразование было признано нерезектабельным у всех больных. ЭПА применяли как единственно возможное средство уменьшить боли и другие проявления злокачественной опухоли, вызвать ремиссию заболевания. Противопоказанием к ЭПА считали тромбоз воротной вены и печеночно-клеточную недостаточность.

После пункции бедренной артерии по Сальдингеру и диагностической целиакографии катетер проводили в печеночную артерию и осуществляли ее эмболизацию металлическими спиралями. Уровень окклюзии планировался в точке, наиболее приближенной к зоне поражения.

По объему печени, выключаемому из артериального кровоснабжения, и степени уменьшения кровотока выполнены следующие процедуры. Дипартериялизация обеих долей печени произведена 14 больным в основном по поводу двухдолевого поражения, департериялизация правой доли - 5 больным (3 с ее изолированным поражением и 2 с распространенными опухолями). Редуцирование артери-

ального кровотока при опухолях, занимающих более 2/3 объема печени, осуществлено 4 пациентам. Последовательная эмболизация двух печеночных сосудов, исходящих один из брюшной, другой из верхней брыжеечной артерий, выполнена у 2 человек.

Умер на 5 сут 1 больной с опухолью, занимающей более 2/3 печени, которому была произведена деартериализация обеих долей органа. Причиной смерти послужила острая печеночная недостаточность вследствие некроза массивного новообразования.

В итоге из 24 выживших больных полное прекращение артериального кровотока к опухоли достигнуто у 17. Признаки субъективного и объективного улучшения отмечены у 15 (88,2 %) из них. В настоящее время живы и находятся в состоянии ремиссии 9 больных через 2-13 мес после ЭПА. Средняя продолжительность жизни 8 умерших больных составила  $(17,1 \pm 12,0)$  мес.

Редуцирование кровотока или однодольная эмболизация при поражении обеих долей печени выполнены у 7 больных. В этой группе субъективное и объективное улучшение отмечалось лишь в 2 (28,6 %) случаях. Жив в настоящее время 1 больной с признаками прогрессирования злокачественной опухоли. Средняя продолжительность жизни 6 умерших больных составила всего  $(5,2 \pm 1,3)$  мес.

Полученные результаты свидетельствуют о перспективности ЭПА как метода паллиативного лечения злокачественных периферических опухолей печени. Клинический эффект эмболизации непосредственно зависит от полноты достигнутой деартериализации опухоли.

УДК 616.22-006-615,849

СОЧЕТАННАЯ ГАММА-НЕЙТРОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ  
РАКОМ ГОРТАНИ

И.А.Гулидов, Д.С.Мардынский, А.С.Сысоев,  
В.Г.Андреев

г. Обнинск

Известно, что, используя плотноионизирующее излучение, можно существенно улучшить результаты лучевой терапии злокачественных новообразований. Однако таких данных пока недостаточно, и порой они носят противоречивый характер. В этой связи целью нашей работы является проведение сравнительного анализа непосредственных и ближайших результатов лучевой терапии больных раком гортани с использованием в качестве компоненты облучения быстрыми реакторными нейтронами.

Под нашим наблюдением находилось 134 больных раком гортани, из которых 31 получил сочетанную гамма-нейтронную терапию (основная группа), 103 больным (контрольная группа) проведена гамма-терапия. Величина разовых и суммарных доз, а также режимы фракционирования были идентичными у всех больных (ВДФ 96-100 ед.). Быстрые нейтроны составляли 20 % в радикальном курсе лучевой терапии больных основной группы.

Лучевая терапия осуществлялась в 2 этапа. После проведения  $2/3$  общей дозы делали перерыв на 14 дней. При полной регрессии или уменьшения объема опухоли более чем на 50 % после перерыва продолжали лучевую терапию по радикальной программе. При регрессии менее 50 % больных оперировали.

Эффективность методов оценивали по характеру изменений со стороны опухоли и здоровых тканей, сопоставлению частоты возникновения рецидивов и метастазов при сроках наблюдения 1-2 года. Распределение больных в зависимости от распространенности первичной опухоли, гистологической формы, возраста и других показателей в обеих группах было примерно одинаковым.

Сравнительные данные о регрессии опухоли после I-го этапа сочетанной гамма-нейтронной терапии показали, что значитель-

ное с  
(65, с  
был н  
вых р  
увели  
(29, с  
ной г  
пах х  
пии и  
оцени  
показ  
больн  
в кон

УДК

жени  
рис  
раб  
рам  
ем  
с Ш  
ШС  
лов

ное сокращение объема новообразования отмечалось у 19 больных ( $65,5 \pm 8,8\%$ ), тогда как в контрольной группе этот показатель был несколько выше и составлял ( $64,5 \pm 3,6\%$ ). При оценке лучевых реакций в исследуемой группе также отмечалось некоторое увеличение количества больных с островковыми эпителиомами ( $29,0 \pm 6,1\%$ , в контрольной - ( $6,8 \pm 2,5\%$ ); у 1 больного основной группы был влажный эпидермит. Лучевые реакции в обеих группах хорошо купировались назначением противовоспалительной терапии и не мешали подведению радикальной дозы облучения. Однако, оценивая эффективность сочетанной гамма-нейтронной терапии по показателю рецидивирования, следует отметить, что количество больных, у которых появились рецидивы, значительно меньше, чем в контрольной группе (15,0 и 29,3 % соответственно).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что использование быстрых нейтронов в лучевой терапии больных с опухолями гортани позволяет повысить эффективность лечения. При этом количество пациентов, у которых возникают рецидивы, снижается почти в два раза.

УДК 615.849.114

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ОБЛУЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ  
ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ

П.В.Даченко, В.М.Сотников, В.В.Свищев

г. Москва

По данным отечественной и зарубежной литературы, при поражении селезенки у больных лимфогранулематозом увеличивается риск органного поражения, в первую очередь печени. В данной работе приводятся первые результаты модифицированной программы радикальной лучевой терапии с профилактическим облучением печени у больных лимфогранулематозом LСст.

За 1981 - 1987 гг. в клинике МНИРРИ наблюдалось 65 больных с III ст. Диагностическая лапаротомия проведена у 48 (74 %). ШСст. диагностировано у 30 человек. Ш<sub>1</sub> /с поражением лимфоузлов верхнего этажа брюшной полости/ - у 10. Ш<sub>11</sub> /с поражением

лимфоузлов нижнего этажа/ - у 20.

: Больные с ШС ст. разделены на 2 группы (табл. 1):

1-я группа - 21 человек. Всем больным проведено химиолучевое лечение /4-6 циклов полихимиотерапии и радикальная программа лучевой терапии, включая пахово-подвздошные области/.

2-я группа - 14 человек, которым проведено 4-6 циклов полихимиотерапии по тем же схемам и радикальная программа лучевой терапии с профилактическим облучением печени.

Таблица 1

	Группа 1	Группа 2
Средний возраст, лет	31	25
A - стадия, %	48	50
Спленэктомия, %	90	100
Мужчины, %	66	78
Смешанно-клеточный, %	62	57
Нодулярный склероз, %	29	35
Лимфогистиоцитарный, %	9	8
Сроки наблюдения, лет	4	2,5

Печень облучалась с 2 противоположных полей, включающих парааортальную область и ножку селезенки. Резметка проводилась на стимуляторе, где с помощью центрального пучка на кожу выводились основные анатомические ориентиры. Для выведения контуров печени на кожу использовались ультразвуковой и изотопный методы. Облучение проводилось на дистанционной гамма-установке с разовой очаговой дозой 1,8-2 Гр, суммарной очаговой дозой 20 Гр (ВДФ - 31-33 ед). Облучение парааортальной области и ножки селезенки продолжалось до СОД 44-46 Гр. Разницы в переносимости по этой методике и при облучении одной парааортальной области отмечено не было. Функциональных нарушений со стороны печени при профилактическом облучении до СОД 20 Гр не было.

У больных I-II ст., наблюдавшихся в МНИРПИ с 1981 по 1986г., поражение печени при последующем наблюдении диагностировано у 2 из 169, что составило 0,94 %. У 10 человек с Ш<sub>I</sub> ст. рецидивов в печени не было. У больных с Ш<sub>II</sub> ст. рецидив в печени в 5 % (1 из 20 человек). В 1-й группе поражение печени наблю-

дало  
(9 и  
боль  
цесс  
ноле  
лены

Гр  
Гр

с Ш  
в па  
гра  
ния

УДК

лит  
ных  
кли  
лез

ред  
щих  
пр  
за

далось у 6 больных (29 %). В ремиссии находится 42 % больных (9 из 21). У 4 человек рецидив возник только в печени. У 2 больных поражение печени наступило на фоне генерализации процесса. Во 2-й группе все 14 человек находятся в ремиссии. Однолетние результаты лечения III ст. лимфогранулематоза представлены в табл. 2.

Таблица 2

	Всего	Поражение печени	Прочие рецидивы	Ремиссия
Группа 1	21	6(29 %)	3(14 %)	12(57 %)
Группа 2	14	-	-	14(100%)

Таким образом, профилактическое облучение печени у больных с III ст. лимфогранулематоза уменьшает риск развития рецидива в печени. При вовлечении в процесс селезенки у больных лимфогранулематозом, несмотря на химиолучевое лечение, риск поражения печени был у 30 % больных.

УДК 616.253:616-006-093

### ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.В.Дёмин, В.А.Чулкова, Н.Б.Шиповников

г. Ленинград

Психотерапия является одним из существенных звеньев реабилитации онкологических больных. С, тако экспериментальных данных, подтверждающих ее значение, нет. Нами было предпринято клинико-психологическое исследование больных раком молочной железы, находящихся на амбулаторном этапе восстановления здоровья.

Нами наблюдалось 93 женщины (от 40 до 55 лет), перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы и проходящих курс постгоспитальной реабилитации. Реабилитационные мероприятия продолжались 2 мес и заключались в систематических занятиях лечебной физкультурой, механо- и трудотерапии, меди-

каментозном лечении с учетом функциональных нарушений и соматического состояния больных. Помимо этого 47 женщин в процессе восстановительного лечения в комплексе с другими методами проведена психотерапия (I-я группа), тогда как 46 психотерапия не проводилась (2-я группа). Курс психотерапии состоял из 2 занятий в неделю в течение указанных 2 мес, а ее видами были рациональная психотерапия и аутогенная тренировка. По медицинским показателям обе группы были идентичны.

С целью оценки влияния психотерапии изучался психоэмоциональный статус больных и особенности их личности в динамике: до начала курса реабилитации и по окончании его. Исследовались показатели: уровень реактивной и личностной тревожности (тест Спилбергера-Ханна), самооценка (методика Дембо-Рубинштейн), уровень нейротизма и экстраверсии - интроверсии (тест Айзенка).

При сравнении результатов психологического исследования обнаружилось существенные различия между больными I-й и 2-й групп. Так, уровень реактивной тревожности в I-й группе снизился на 12,1 %, а в контрольной - на 5,9 %. Уровень личностной тревожности в I-й группе уменьшился на 10,5 %, в то время как во 2-й группе этот показатель практически не изменился.

Самооценка больных I-й группы по категории "здоровье" повысилась на 14 %, а во 2-й на 17,9 %. Это свидетельствует о том, что на самооценку больных по указанной категории психотерапия практически не оказала влияния. В то же время самооценка по категории "счастье" в группе больных, прошедших курс психотерапевтических занятий, возросла на 17,2 %, а в контрольной группе - лишь на 1,9 %. Уровень нейротизма в I-й группе уменьшился на 7,1 %, тогда как в контрольной остался без изменений. Кроме того, в I-й группе появилась тенденция к экстраверсии (11,1 %), а во 2-й изменений не произошло.

Таким образом, выполненное исследование показало, что выраженный положительный эффект имеет весь курс восстановления у больных, прошедших и психотерапию. У них значительно улучшился психоэмоциональный статус, снизилась тревожность и повысилась самооценка, больные стали менее замкнутыми и сосредоточенными на болезни, повысилась способность осознавать и обсуждать свои проблемы.

Указанные обстоятельства свидетельствуют о целесообразности включения психотерапии в комплекс лечебно-восстановительных мероприятий, проводимых у больных раком молочной железы в амбулаторных условиях.

УДК 618.19-006.6:615.649.1

ОСОБЕННОСТИ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО И СТРОМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТОВ

РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

КАК УТОЧНЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА

Л.И.Дубенская, С.М.Баженов, А.Е.Доросевич

г. Смоленск

Построению морфологического прогноза в процессе лечения больных раком молочной железы (РМЖ) посвящено большое количество исследований. Учитывается при этом влияние изменяющихся абсолютных характеристик паренхимы и стромы на прогноз /Darham E.M., 1986/. Очевидно, более полную информацию, отражающую эффективность лечения и способствующую построению индивидуального прогноза, может дать анализ паренхиматозно-стромальных взаимосвязей при РМЖ /Доросевич А.Е., Зарудин В.В., Баженов С.М., 1986/.

В данной работе изучались особенности взаимосвязей паренхиматозно-стромальных компонентов РМЖ после лучевого лечения с ретроспективным учетом 5-летней выживаемости с целью определения потенциальных критериев неблагоприятного прогноза.

Проведено морфометрическое исследование: 49 случаев РМЖ после лучевой терапии (ЛТ) (24 больные с выживаемостью больше 5 лет, 25 - меньше 5 лет), а также 45 больных РМЖ I-II ст. до лучевого лечения (24 больные с выживаемостью больше 5 лет, 21 - меньше 5 лет). Цифровой материал сравнивали по  $t$ -критерию Стьюдента, вычисляли парные коэффициенты корреляции.

Стромальный компонент имеет общую для всех групп зависимость: между удельной плотностью (УДП) лимфоцитов (Лф) стромы и УДП плазмочитов (Пл) стромы. В группах до ЛТ обнаруживаются

кроме того корреляция УДП Лф стромы - площадь сосудистого русла, в подгруппе с выживаемостью больше 5 лет кроме названных есть зависимость - площадь сосудистого русла - УДП Пя стромы. После ЛТ обе подгруппы имеют только одну корреляцию: УДП Лф стромы - УДП Пя стромы.

Паренхиматозный компонент во всех группах характеризуется одной общей взаимосвязью: митотическая активность (МА) - процент клеток, находящихся в метафазе. Помимо названных в обеих подгруппах до ЛТ обнаруживаются зависимости между МА - УДП Лф паренхимы, МА - процентом патологических митозов, МА - площадь паренхимы. В подгруппе же с выживаемостью меньше 5 лет площадь паренхимы коррелирует с УДП Лф паренхимы. Группа после ЛТ характеризуется зависимостью: процент патологических митозов - доля клеток, находящихся в метафазе; в подгруппе с выживаемостью больше 5 лет процент патологических митозов связан и с МА.

Существенно различаются взаимосвязи между паренхимой и стромой в подгруппах до и после ЛТ. Так, в группе до ЛТ МА взаимосвязана с УДП Пя стромы; в подгруппе с выживаемостью больше 5 лет до ЛТ МА связана с УДП Лф стромы. Интересно отметить, что в подгруппе с выживаемостью меньше 5 лет после ЛТ имеется единственная связь между паренхимой и стромой: высокодостоверная зависимость МА и площади сосудистого русла.

Таким образом, устойчивые взаимосвязи, характерные для всех подгрупп больных до и после ЛТ, выявлены как в эпителиальном (МА - процент клеток, находящихся в метафазе), так и в стромальном (УДП Лф стромы - УДП Пя стромы) компонентах. Этим подчеркивается биологическая общность опухолевого процесса независимо от лечения: указанные взаимосвязи, видимо, можно считать основными, отражающими морфогенез РСЖ в стадии клинического проявления. Вместе с тем проведенный анализ позволяет выявить отдельные биологические особенности опухоли, которые проявляются у больных с выживаемостью меньше 5 лет после ЛТ, высокодостоверной взаимосвязью между площадью сосудистого русла и МА - последнюю, на наш взгляд, можно использовать при уточнении неблагоприятного прогноза. Прямая корреляция между степенью лучевого повреждения и площадью паренхимы, а также степенью

лучевого повреждения и УДЧ III стromы у больных, проживших больше 5 лет, может иметь прогностическое значение.

УДК 16329-006-069

О ХИРУРГИЧЕСКИХ И ОНКОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ОДНОМОМЕНТНОЙ  
ЭКСТИРПАЦИИ И ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ИЗОПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКОЙ  
ЖЕЛУДОЧНОЙ ТРУБКОЙ

К.П.Дулганов, В.К.Дулганов

г.Улан-Удэ

Лечение больных раком пищевода до настоящего времени остается сложнейшей задачей онкохирургии. Одномоментная экстирпация и пластика пищевода изоперистальтической желудочной трубкой с внеподостным анастомозом, гармонично сочетающие онкологический радикализм с возможностями социальной реабилитации пациентов, все еще не нашли широкого применения. Небольшое количество приводимых авторами наблюдений, отсутствие четко разработанных показаний и противопоказаний к ним не позволили до последнего времени достоверно определить место и целесообразность применения подобной радикальной операции в хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода. Необходимо дальнейшее накопление совокупного опыта хирургов.

Мы располагаем опытом оперативного и комбинированного лечения 301 больного раком пищевода. Среди них группа из 46 больных, которым произведена вышеуказанная операция. Мужчин было 39, женщин - 7, возраст от 38 до 66 лет. Давность заболевания ко дню операции составила от 2 нед до 16 мес, в среднем 3.4 мес. Одномоментная экстирпация и пластика пищевода показаны при опухолях грудного отдела пищевода и могут быть осуществлены при удовлетворительном состоянии пациента, отсутствии отдаленных метастазов и тяжелой сопутствующей патологии со стороны других органов. Протяженность поражения пищевода у 14 больных соответствовала T<sub>1</sub>, у 16 - T<sub>2</sub>, у 12 - T<sub>3</sub>, у 4 - T<sub>4</sub>. Из 46 больных 35 подверглось чисто хирургическому лечению, 11 больным про-

ведено комбинированное (облучение и операция), 2 - комплексное лечение (пред-, интра- и послеоперационная химиотерапия).

Принципиальными моментами одномоментной операции явились следующие этапы:

1. Лапаротомия, ревизия. В случае отсутствия неудаляемых метастазов производится торакотомия.

2. Торакотомия в У межреберье: мобилизация пищевода с паразофагеальными и бифуркационными лимфатическими узлами. Резекция пищевода по Добромыслову-Торреку. Метастазы в регионарных лимфатических узлах отмечены у 19 больных (41,9%), в том числе поражение одной из регионарных зон - у 5, одновременное поражение двух зон - у 13, трех зон - у 1 больного. В удаленных блоках обнаружена следующая патология желудка: рак - (2), язва (1), полип (1). В последующем производится удаление дна малой кривизны желудка и регионарных лимфатических коллекторов с одновременным формированием изоперистальтической трубки.

3. Восстановительный этап: мобилизация желудка производилась с сохранением правых желудочной и желудочно-сальниковой артерий, обработкой коротких желудочных и левой желудочно-сальниковой артерии непосредственно у места их отхождения для сохранения экстраорганных сосудистых анастомозов. Послеоперационные осложнения наблюдались у 29 больных (63,1%), из них 7 умерло (15,2%). Доминирующее место в генезе послеоперационной летальности занимают легочно-плевральные гнойные осложнения. Пневмонии протекали более тяжело у больных, получивших облучение. По мере накопления опыта, внедрения антибактериальной профилактики ампициллином и дигоксином по схеме, предложенной Э.Н.Ванцяном и соавт. (1982), и применения перидуральной анальгезии удалось снизить послеоперационные осложнения в 3 раза, а летальность - с 15,2 до 9%. Краевой некроз трансплантата отмечен у 14 больных (30,4%), нагноение ран - у 8 (17,4%), несостоятельность швов трансплантата, уложенного в ложе пищевода, - у 1 (2,1%). Смертельный риск антиторакальной пластики ниже, а небольшой диаметр трубки делает ее почти незаметной.

Формирование пищеводно-желудочного анастомоза на шее произведено у 27 больных, заживление первичным натяжением отмечено всего у 6 больных (22,2%). Недостаточность швов анастомоза с

образованием свищей, заживших самостоятельно, наблюдались у 14 больных (51,6%), и у 7 больных анастомоз наложен повторно. У 6 оперированных процесс восстановления нормальной проходимости пищи еще не закончен. Динамическое наблюдение за больными в отдаленный период показывает удовлетворительную функцию трансплантата из желудочной трубки. Ко дню контроля умерло 16 больных, средняя продолжительность жизни которых составила 16,8 мес. 6 больных, имевших метастазы в лимфоузлах в области левой желудочной артерии, умерло до завершения пластики в первый же год после операции.

Сравнение 1-3-5-летней выживаемости 101 и 46 больных раком пищевода, подвергшихся соответственно много- и одномоментным операциям показывает, что более обнадеживающие результаты наблюдались при последнем вмешательстве.

Таким образом, одномоментная экстирпация и пластика пищевода изоперистальтической желудочной трубкой является адекватным онкологическим вмешательством и не приводит к повышению процента послеоперационных осложнений и летальности. Приведенные данные позволяют шире рекомендовать их в онкохирургической практике.

УДК 616-006.85-08

### БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА

Л. А. Дурнов, Г. Х. Бадалян, Б. К. Курбанмуратов,  
Г. В. Лобанов, З. С. Ордуханян, Н. Н. Хобси

г. Москва

Совершенствованию терапии опухоли Вильмса (нефробластомы) посвящено много научных исследований. Достигнуты высокие показатели длительной выживаемости (до 70-90%) при начальных стадиях нефробластомы. Однако остаются неудовлетворительными результаты лечения распространенных форм заболевания, в связи с чем исследователями продолжается поиск более эффективных мето-

цов химио- и лучевой терапии. Наше исследование также посвящено изучению новой программы комплексной терапии опухоли Вильмса, разработка которой осуществлялась на основании анализа предыдущего опыта лечения. Модифицированы режим химиотерапии и интенсивность лучевой терапии.

После установления диагноза назначается курс предоперационной химиотерапии по следующей схеме: винкристин -  $1,5 \text{ мг/м}^2$  в 1,8 и 15-й дни; дактиномицин -  $1 \text{ мг/м}^2$  внутривенно капельно в 200,0 мл физиологического раствора в 1-й день; адриамицин вводится при отсутствии выраженной регрессии опухоли от применения первых 2 препаратов в дозе  $40 \text{ мг/м}^2$  на 15-й день курса. При недостаточной эффективности от химиотерапии назначается дистанционная гамма-терапия в возрастных дозировках: разовых от 1,2 - 1,9 Гр, суммарных от 12 - 15,2 Гр. Операция - трансперитонеальная нефрэктомия производится через неделю после завершения терапии. После радикальной операции в течение года проводятся курсы дополнительной циклической химиотерапии. Лучевая терапия на ложе опухоли назначается только при III ст. местного опухолевого процесса также в возрастных дозировках: разовых от 1,5 - 1,9 Гр, суммарных от 25,5 - 38 Гр.

В течение 1968 г. в отделении детской онкологии проведено лечение по протоколу 25 детям с первичной односторонней нефробластомой в возрасте от 8 мес до 10 лет; из них 13 мальчиков, 12 девочек. Выраженный клинический эффект в результате предоперационной химиотерапии (регрессия площади опухоли на 50 % и более) получен у 54,2 % больных. У всех детей произведена радикальная нефрэктомия. При этом выявлены следующие гистологические типы нефробластомы: типичная - 12 (48%), с преобладанием недифференцированной бластомы - 1 (4%), саркоматозная - 3 (12%), фетальная рабдомиоматозная - 1 (4%), кистозная - 2 (8%), с выраженным лечебным патоморфозом - 6 (24%).

После оперативного вмешательства уточнена распространенность опухолевого процесса: II ст. выявлена у 7 (28%), III - у 17 (68%), IV ст. - у 1 (4%) больного. При III ст. местного процесса установлена интимная связь капсулы опухоли с окружающими органами и тканями: с жировой клетчаткой (2 случая), брюшиной (2), брюшкой (4), диафрагмой (4), печенью (2), под-

УД

НО  
СУ  
ЧЕ  
ТА  
ПО  
И  
МО

желудочной железой (1), надпочечником (3), прорастание в моче-  
точник (1), опухолевый тромб в почечной (1) и нижней полой ве-  
не (1). В одном случае вместе с нефрэктомией произведена спле-  
нэктомия, в одном - краевая резекция печени, в пяти - резек-  
ция надпочечника.

Срок наблюдения за больными пока невелик, но мы провели  
анализ ближайших результатов лечения. 11 детей прослежены более  
6 мес, 7 детей - от 3-6 мес, 7 детей - менее 3 мес после опера-  
тивного вмешательства. Все больные живы. У 3 (16,7 %) детей в  
период от 1-3 мес после нефрэктомии возникли метастазы в лег-  
ких. При этом у 1 из них выявлен саркоматозный вариант нефро-  
бластомы. Дальнейшее химиолучевое лечение позволило ликвидиро-  
вать метастатические поражения легких у этих больных.

Таким образом, предварительный анализ показывает достаточно  
эффективность примененной комплексной терапии нефробластом  
(100 % 6-месячная выживаемость). Дальнейшее наблюдение и изу-  
чение данного режима позволит объективно оценить его эффектив-  
ность, сравнить с другими схемами лечения и дать рекомендации  
к практическому применению.

УДК 616.33-006-036.882-083.003.1

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ  
ЖЕЛУДКА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

О.Т.Дятченко, Н.Н.Шабашова

г. Ленинград

В последние годы усиливается внимание к проблеме рациональ-  
ного расходования средств в медицине. В свете ограниченных ре-  
сурсов, которые общество выделяет на здравоохранение, экономи-  
чески обоснованное их использование приобретает все возраста-  
ющее значение. Следует учитывать, что при увеличении интен-  
сивности использования средств создается возможность их нерационального  
и более эффективного использования в пределах бюджета. Одним  
из наиболее реальных путей, направленных на решение этой слож-

ной проблемы, в том числе и в онкологии, является рассмотрение возможностей интенсификации отдельных этапов оказания медицинской помощи населению.

В качестве модели для проведения необходимых расчетов был избран рак желудка. Выбор в качестве объекта исследования больных раком желудка мотивирован тем, что среди основных локализаций злокачественных новообразований больные раком желудка в наиболее высоком проценте случаев госпитализируются в стационары лечебно-профилактической сети (до 65 %). Таким образом, вопрос о возможности госпитализации этого контингента больных в специализированную сеть стоит достаточно остро.

В качестве первого этапа исследования нами был детально изучен предоперационный период пребывания больных раком желудка в стационаре, который оказался равным 10,7 дня. Установлено, что в предоперационный период было произведено 206 различных анализов, это составило в среднем 8 анализов на одного больного. Практически обследование больных в стационаре дублировало обследование, проведенное в специализированной поликлинике. Вместе с тем необходимо учитывать, что в предоперационный период больные не только обследуются, но и нуждаются (в соответствии с показаниями) в предоперационной подготовке, подлежат осмотру анестезиолога и терапевта. Для сравнения средств, затрачиваемых на обследование больного раком желудка в стационаре и поликлинике, нами были произведены расчеты, характеризующие стоимость обследования в условиях стационара и специализированной поликлиники. Стоимость содержания одной койки в НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова МЗ СССР при учете всех расходов сметы по клинике составляет 16 руб. 98 коп. Были также учтены все расходы на обследование больного в поликлинике. Стоимость посещения поликлиники "усредненным" онкологическим больным составляет 3 руб. 85 коп. Перед госпитализацией больной посещает поликлинику от 3 до 4 раз. В среднем обследование больного укладывается в сумму 13 руб. 47 коп. Если обратиться к стоимости обследования одного больного раком желудка в условиях стационара, то она окажется равной 161 руб. 69 коп.

Таким образом, обследование больных раком желудка в условиях поликлиники обходится в 13,4 раза дешевле, нежели в усло-

виях стационара. Сокращение пребывания больного в стационаре на два дня, основанное на тщательном планировании всего периода пребывания больного на койке, начиная с момента поступления и до выписки, в масштабе страны дает возможность и возможность дополнительно около 40 000 онкологических койек, что сокращает на 10,2 % их дефицит и позволяет дополнительно госпитализировать около 40 000 онкологических больных в специализированные онкологические учреждения. Стоимость лечения этого контингента больных в онкологических учреждениях в течение года составляет (16,96 руб. x 45 000 больных) 22 923 000 руб., тогда как строительство и ввод в строй аналогичного числа новых койек (стоимость ввода в строй новой койки - 30 тыс.руб.) составит сумму 120 млн руб., что в 5,2 раза дороже, чем интенсификация работы онкологической койки.

УДК(616.345-006.6+616.351-006.6):616-072.1-089

#### ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ПРЕДРАКА И НАЧАЛЬНОГО РАКА ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Л.И.Даворонкова, Я.В.Политов, В.Н.Ерофова

г. Ярославль

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости раком толстой кишки. К наиболее распространенным предраковым заболеваниям относятся полипы. Наблюдается выраженная склонность их к злокачественной трансформации (40-60 %). С 1980 г. выполнено 2096 эндоскопических исследований толстой и прямой кишки у больных с подозрением на опухолевую патологию. Диагноз был подтвержден у 1467 больных (70 %), среди них значительные опухоли - полипы выявлены у 279 (19 %), незначительные опухоли - у 2 (0,1 %); в 23 наблюдениях (1,6 %) выявлен начальный рак и в остальных случаях (79,3 %) установлен рак II-IV ст.

У 142 (46,7 %) больных с предраком и начальным раком толстой кишки исследование завершено удалением опухоли через эндоскоп в амбулаторных условиях. Возраст от 40 до 70 лет, больных

от 20 до 60 лет, в основном (76 %) 45-65 лет. Все новообразования удалены и гистологически исследованы. При этом у 118 больных (83 %) обнаружены полипы: гиперпластические - у 10, аденоматозные - у 61, железисто-ворсинчатые - у 12, ворсинчатые - у 22, сочетание аденоматозных и ворсинчатых - у 8 и сочетание гиперпластических и аденоматозных - у 5. Удаленные полипы располагались следующим образом: слепая кишка - 10 больных (8,5 %), восходящая ободочная кишка - 12 (10,3 %), поперечно-ободочная - 13 (11 %), нисходящая ободочная кишка - 4 (3,3 %), сигмовидная и прямая кишка - 51 (43,2 %), полипов толстой кишки - 28 (23,7 %). Локализация в левых отделах наблюдалась в 32 %, в правых - в 24,3 %.

Преобладали групповые полипы (58 %) и лишь 18,3 % обнаружено одиночных. При полипозе и групповых полипах количество опухолей достигало от 3-5 до 40-45, удаление их производилось за 3-4 приема, одномоментно удалялось 15-17 полипов. Всего у 118 больных удалено 263 полипа. В первую очередь удаление производилось из проксимальных отделов толстой кишки с последующим удалением из дистальных.

Удаленные полипы были четырех типов: II и III - 82 %, IV - 12 %, I - 6 %. Размеры полипов I-II типов до 1,0 см, III - до 3,0 см, IV - до 5,0 см.

У 23 больных (16,9 %) эндоскопически удален начальный рак толстой кишки. Возраст больных - 30-60 лет. Мужчин - 15, женщин - 8. При гистологическом исследовании малигнизация в полипе обнаружена у 11 больных, инвазивный рак - у 6 и рост высокодифференцированной аденокарциномы - у 6. В 5 наблюдениях рост опухоли отмечался и в ножке полипа, но при контрольном осмотре и взятии прицельной биопсии с края коагуляционной раны и культуры ножки рост отмечен в 1 случае (больному выполнена правосторонняя гемиколэктомия). Сочетание начального рака и полипов толстой кишки было у 18 (78,3 %) больных. Начальный рак выявлен и удален через эндоскоп в слепой кишке у 2 больных, в восходящей кишке - у 3, поперечно-ободочной кишке - у 4, в нисходящей кишке - у 1, в сигмовидной и прямой кишке - у 9 и у 4 отмечен синхронно множественный начальный рак. Удалены опухоли эксцентричного роста, полиповидной формы - II-IV типов размером

до

нами

иссл

ются

ром

год.

возм

раке

кмм

мио

умен

спе

УДК

чест

етс

зв

узо

уро

мо

пре

бол

зов

под

има

опы

лон

до 4,0 см.

Все эндоскопически оперированные больные находятся под динамическим наблюдением, будет проведено эндоскопическое исследование и прицельная биопсия. Контрольные осмотры выполняются через 1,3,6 и 12 мес после операции с последующим осмотром 1 раз в год при полипах, а при начальном раке - 2 раза в год. Рецидивов опухоли не наблюдалось.

Следовательно, полипы являются предраком и с ростом опухоли возможна злокачественная трансформация их. С целью профилактики рака и лечения полипов необходимо одновременно с эндоскопическим исследованием при обнаружении полипов выполнять полипэктомию. Применение полипэктомии в амбулаторных условиях позволяет уменьшить стоимость лечения больных и рациональнее использовать специализированные койки.

УДК 616-009.7-089.5-614.2.519.66

#### К ВОПРОСУ ОБ УПРАВЛЯЕМОЙ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ В ОНКОЛОГИИ

Б.М.Залдинер, Г.Е.Наумов  
г.Ростов-на-Дону

Совершенствование симптоматической помощи больным злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях остается актуальной задачей медицины. Эту помощь больным оказывают участковые врачи, для которых данный вопрос важен, но узок; повысить же компетентность всех участковых врачей до уровня квалифицированного специалиста не представляется возможным, несмотря на крайнюю желательность углубления знаний, прежде всего в области противоболевой терапии онкологических больных. Для решения задач такого рода целесообразно использовать методологию экспертных вычислительных систем - машинно-поддерживаемых средств, позволяющих аккумулировать опыт и знания квалифицированных экспертов таким образом, чтобы этот опыт и эти знания могли применять малоквалифицированные пользователи.

Далее нами изучен один из фрагментов задачи - оптимизация противоболевой фармакотерапии. Методология данного вида болеутоления включает такие постулаты, как нарастающий радикализм, регулярность, сочетаемость /Зайдинер Б.М., 1988/. Реализация этих постулатов обычно не вызывает затруднений у практического врача, за исключением первичной реализации нарастающего радикализма, а также сочетаемости. Поэтому для поддержки принятия решений лечащего врача была разработана экспертная система (ЭС: ОНКО /Муков А.Н., Зайдинер Б.М., Наумов Г.Е., 1988/, которая на основе данных опроса о выраженности болевого синдрома и особенностях психического статуса позволяла выявить доминирующую эмоциональную реакцию и в соответствии с методикой, предложенной Б.М.Зайдинером (1988), выбрать оптимальный для данного пациента режим фармакотерапии. Используемая форма опроса обеспечивала возможность получения адекватной информации в ходе беседы не только с больным, но и лицами, осуществляющими уход за ним. ЭС ОНКО реализована в инструментальной среде искусственного интеллекта *СЛКЛ* для ПЭВМ типа IBM PC. В разработанной ЭС порядок и число задаваемых вопросов определяются получаемыми в ходе опроса ответами. Используемая база знаний имеет продукционный тип, опирается на нечеткую логику и содержит более 100 правил /Грачев В.В., Гришин А.Д., Гуревич Е.С., 1988 /.

Однако разработанная ЭС обладает рядом недостатков: она ориентирована только на традиционную системную фармакотерапию, тогда как в настоящее время научные исследования чаще всего сосредоточены вокруг нервных блокад, электроанальгезии, акустического болеутоления и др.; не было проведено ее тестирование на достаточно обширном контингенте больных. Кроме того, разработанная ЭС не позволяла учитывать фармакотерапевтический анамнез и другие особенности динамики процесса лечения.

Попытки преодоления этих недостатков связаны со следующими трудностями: отсутствием финансирования и возможности привлечения к разработке системы высококвалифицированных специалистов-экспертов в области нервных блокад и пр.; отсутствием единого стандартизированного подхода к лечению хронических болевых синдромов у онкологических больных, который резко повышает продуктивность использования ЭМ; отсутствием вычислитель-

ной техники, необходимой как для разработки, так и для тестирования ЭС в учреждениях общелечебной сети; отсутствием единой координированной программы по этой проблеме (в настоящее время исследования ведутся разрозненными группами, что порождает дублирование, а также недостаточный научный уровень).

Что касается ЭС онко, то ее развитие реализуется прежде всего путем изучения возможностей выбора различных типов противоболевой терапии. Показания к использованию того или иного подхода зависят не только от характеристик больного (интенсивность болевого синдрома, метаболические параметры и пр.), но и от эффективности предшествующих мероприятий, что делает необходимым учет динамики процесса лечения с анализом назначений и их результатов, тенденции развития болевого синдрома. Следует также учитывать квалификацию специалистов, осуществляющих болеутоление, ряд видов которого весьма сложен технически.

Решение этих вопросов будет содействовать организации противоболевой специализированной службы, позволяющей резко повысить качество помощи. В виде паллиативного средства можно рекомендовать организацию телефонной связи заинтересованных лечебных учреждений с ЭВМ, хранящей данные ЭС онко, либо ей подобных, обеспечив также дежурства у машины медперсонала для получения, обработки данных и выдачи рекомендаций.

УДК 616.24-006.6-037.1

#### ЭКОНОМНЫЕ, ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИЕ

#### ОПЕРАЦИИ В ОНКОЛОГИИ

Б.Н.Зырянов, В.С.Сиянов, Г.И.Стадин,

А.Т.Адамян, Б.С.Сумской

г. Томск

Разработка экономных, органосохраняющих и функционально-щадящих методов лечения онкологических больных является весьма актуальной проблемой современной клинической онкологии. Результаты экономных резекций легких при раке проанализированы у 162

больных. Атипичная клиновидная резекция части доли легкого с опухолью выполнена 152 больным, а 10 проведена краевая резекция доли легкого. Отдаленные результаты прослежены в сроки до 17 лет. Послеоперационные осложнения наблюдали в 8,6 % случаев в виде нагноения раны, пневмонии, остаточной полости. В послеоперационный период не отмечено летальных исходов, кровотечений, тромботических осложнений. Пятилетняя выживаемость больных с дифференциальными формами плоскоклеточного и железистого рака при распространенности процесса  $T_1/M_0$  составила 83,3 %. При оценке злокачественного процесса как  $T_2/M_0$  5-летний срок после операции пережили 17,3 % больных.

У больных с более распространенным опухолевым процессом, недифференцированным раком, а также при малодифференцированных формах плоскоклеточного и железистого гистотипов опухоли отдаленные результаты вмешательства оценены как неудовлетворительные. Экономные резекции легких при раке выгодно отличаются от вмешательств традиционного объема простотой технического исполнения, малой травматичностью и низкой частотой послеоперационных осложнений. Их можно считать радикальными операциями только у больных высокодифференцированными формами плоскоклеточного и железистого гистотипа периферического рака легких при опухоли менее 3 см в диаметре.

Для хирургического лечения больных раком слизистой оболочки дна полости рта, языка, щеки, ретромолярной области и ротоглотки в институте разработаны сохранно-функциональные способы операции. Основным принципом данных способов является сохранение непрерывности нижней челюсти, которая резецируется только на участке прикрепления мягких тканей. Это устраняет нарушение функции дыхания и акта питания, а также предупреждает формирование косметических дефектов в послеоперационный период. Всего оперировано 346 больных. Пятилетняя выживаемость оперированных больных раком слизистой оболочки дна полости рта при III-IV ст. процесса составила 44,6 %, у пациентов раком подвижной части языка - 57,4 %, раком щеки, ретромолярной области - 68 % и раком ротоглотки - 44 %. Из оперированных больных с безрецидивным течением около 70 % вернулись к трудовой деятельности. Полученные результаты позволяют сделать вывод о высокой

функциональной, косметической и социальной эффективности разработанных сохранно-функциональных способов операции у больных раком ротовой полости без ущерба для радикальности вмешательства.

При лечении больных раком молочной железы III ст. проведено сравнительное изучение результатов функционально-щадящей мастэктомии. Радикальная мастэктомия с сохранением большой или обеих грудных мышц выполнена у 61 больной. Контрольную группу составили 49 пациенток, оперированных с удалением обеих грудных мышц. К 5 годам наблюдения были живы 78,8 % больных после функционально-щадящей мастэктомии и 80,4 % пациенток после традиционного объема вмешательства. В сравниваемых группах не отмечено статистически значимых различий в частоте возникновения рецидивов, метастазов и длительности безрецидивного периода.

Для цели улучшения результатов лечения местно-распространенных и рецидивных опухолей мочевого пузыря в институте разработана методика комплексной терапии патологии, которая включает предоперационную химиолучевую терапию, экономную операцию в объеме резекции мочевого пузыря и иммунокоррекцию. По данной методике проведено лечение 41 больного. Контрольную группу составили пациенты, которым была выполнена традиционная цистэктомия. Применение методики комплексной терапии распространенных и рецидивных опухолей мочевого пузыря привело к уменьшению послеоперационной летальности с 10 до 2 % и увеличению 4-летней выживаемости с 30,2 до 90,0 %.

Таким образом, анализ результатов экономных, органосохраняющих и функционально-щадящих методов оперативного лечения больных раком важнейших органов свидетельствует об эффективности разрабатываемых методов и перспективности дальнейшего развития этого направления.

УДК 616.5-006.81-08

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРЕХ СХЕМ АДЪЮВАНТНОЙ  
ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОМЕЖУТОЧНЫМИ  
МЕТАСТАЗАМИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

В.В.Карасева, В.В.Яворский, З.И.Токарева

г. Томск

С целью повышения эффективности лекарственного лечения больных с промежуточными метастазами меланомы кожи был использован метод локального воздействия - криодеструкция метастазов. Нами было проведено сравнение 3 схем химиотерапии, примененных в качестве адъювантного лечения после криодеструкции.

В исследование вошло 57 больных в возрасте от 18 до 64 лет, из них 17 мужчин и 40 женщин. Первым этапом лечения больных была криодеструкция всех кожных метастазов, выполненная автономным криоаппликатором, на втором этапе больные получили адъювантную химиотерапию по одной из 3 схем. 18 больных (1-я группа) получили химиотерапию имидазол-карбоксамидом по 250-300 мг/м<sup>2</sup> в течение 5 дней, внутривенно, интервал между курсами 4 нед. Всего больным этой группы проведено 76 курсов лечения. Больные 2-й группы (19 человек) получили проспидин по 200 мг/м<sup>2</sup>, внутримышечно, через день, до суммарной дозы на курс 2,4 - 3,0 г, с интервалом между курсами 5 нед. Всего ими получено 80 курсов. В 3-ю группу вошло 20 больных, получивших полихимиотерапию дактиномицином (0,3 мг/м<sup>2</sup>, 1,3,5,8,10, 12-й дни), винкристином (1,4 мг/м<sup>2</sup>, 1,8,15-й), докучином (100 мг/м<sup>2</sup>, 1-й день), 2-недельный курс с интервалом 6 нед. Больные этой группы получили 70 курсов лекарственного лечения.

Из 18 больных, получивших имидазол-карбоксамид, 5 пережили 1 год без признаков прогрессирования, что составило 27,7%. Во 2-й группе (больные, получавшие проспидин) этот показатель оказался равен 63,1% (12 из 19 больных) ( $p < 0,05$ ). В 3-й группе (полихимиотерапия) - 50,0%, что статистически значимо не отличалось от результатов 2 других групп.

Как 3-, так и 5-летняя выживаемость в изучаемых группах

оказалась выше при использовании в качестве адъювантной химиотерапии проспидина (3-летняя - 75,6 %, 5-летняя - 59,1), тогда как в группе больных, леченных имидазол-карбоксамидом, - 59,1 и 37,2 % соответственно ( $p=0,2$ ). При применении химиотерапии дактиномицином, винкристином, ломустинном получены промежуточные результаты: 3-летняя выживаемость - 55,6 %, 5-летняя - 37,2 %.

Таким образом, сочетание криодеструкции с проспидином оказалось наиболее удачным, хотя отдаленные результаты были статистически незначимы.

УДК 616-059.006.6:611.24

#### ОЦЕНКА ЭКОНОМНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ И КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

С.З.Карташов, С.Г.Чилингарниц, Е.З.Сергеев  
г. Ростов-на-Дону

В последние годы в литературе все чаще стали появляться сообщения о выполнении при раке легкого так называемых экономных резекций (сегментэктомии, крестовые и клиновидные резекции), которые сначала носили случайный или вынужденный характер. Изучению подлежат вопросы радикальности этих операций, выработки показаний к ним, разработка методов комбинированного лечения с использованием экономных резекций.

В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте с 1977 г. наблюдали 38 больных раком легкого, которым были выполнены экономные резекции (12 больным - клиновидная, 17 - краевая, 9 - сегментарная). Причины выполнения экономных резекций в основном являлся пожилой возраст (34,2 % больных старше 60 лет) при наличии сопутствующих заболеваний и значительном снижении показателей функциональной системы дыхания. Почти у всех больных была периферическая форма рака (81,6 %) при центральной форме выполнялись сегментэктомии.

1. Исследования по изучению...

7 (44,7 %), Ш - у 9 (23,7 %). При наличии увеличенных лимфоузлов корня легкого производилось их удаление, метастазы были обнаружены только в одном случае. При гистологическом исследовании удаленных опухолей у 10 больных обнаружен плоскоклеточный рак (26,3 %), из них у 4 - малодифференцированный, у 22 - аденокарцинома (57,9 %), из них у 2 - малодифференцированная; у 6 - мелкоклеточный рак. У 12 больных (31,6 %) лечение было только хирургическое, у остальных - комбинированное: 17 (44,7%) после операции проводилось лучевое лечение, 9 (23,7 %) - химиотерапия. В послеоперационный период серьезных осложнений и летальных исходов отмечено не было.

Отдаленные результаты лечения прослежены на конец 1966 г. Во всей группе больных 5-летняя выживаемость составила 29,2 % (7 из 24 больных). При I и II ст. заболевания с распространенностью процесса  $T_{1-2}N_0M_0$  более года прожили 26 из 29 больных, более 3 лет - 11 из 19 и более 5 лет - 7 из 18 прослеженных больных (38,9 %). При III ст. из 9 больных 8 погибло в I-й год после операции. Из 25 больных с высокодифференцированным плоскоклеточным и железистым раком более 5 лет прожили 33,3 %, а из группы больных (13) с низкодифференцированным раком: мелкоклеточным, малодифференцированным и железистым - 5 человек умерло до года, 2 через год после операции; у 1 больного возникла опухоль в другом легком, проводилось лучевое лечение. После хирургического лечения только 1 из 8 больных прожил более 5 лет, а после комбинированного лечения - 6 из 16.

Анализ полученных результатов позволяет считать выполнение экономных резекций вполне приемлемым у больных с высокодифференцированным плоскоклеточным и железистым раком легкого при распространенности опухолевого процесса  $T_{1-2}N_0M_0$ . В то же время, учитывая небольшой опыт лечения, следует отметить, что эти операции могут применяться у больных со значительным повышением операционного риска в связи с пожилым возрастом и наличием сопутствующих заболеваний. Предпочтительным является проведение комбинированного лечения.

УДК 616-006.422/.443-083.3

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ  
ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА У ДЕТЕЙ

С.Х.Кобиков, С.А.Сафонова

г. Ленинград

Активное изучение лимфогранулематоза у детей за последние 20 лет привело к существенному улучшению результатов лечения этого заболевания, и в настоящее время удается добиться стойкого излечения 70-80 % детей / Махонова Л.А., 1966; Колигин Б.А., 1988; Jenkin R.D. et al., 1982; Tan Ch. et al., 1982 /. Особые трудности возникают при лечении больных так называемыми первоначально резистентными формами, которые встречаются в 20-30 % наблюдений / Подяков В.Е. с соавт., 1984; Lemelle J. et al., 1966 /. В литературе мы не встретили работ, посвященных изучению клинических особенностей таких форм лимфогранулематоза у детей, однако их своевременное выявление необходимо при составлении индивидуального плана лечения.

Проведен анализ данных о 406 первичных больных лимфогранулематозом моложе 15 лет с гистологически подтвержденным диагнозом. Все пациенты находились на обследовании и лечении в педиатрическом отделении НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова Минздрава СССР с 1967-1987 гг. В результате первичного лечения полная ремиссия достигнута у 349 (86,0 %  $\pm$  1,7 %), частичная - у 41 (10,1 %  $\pm$  1,5 %) и отсутствие эффекта терапии зафиксировано у 16 (3,9 %  $\pm$  1,0 %) больных, т.е. к резистентным формам можно условно причислить 57 больных (14 %), не вышедших в результате первичного лечения в состояние полной ремиссии. Безусловно, у части этих больных речь может идти не о первичной резистентности процесса, а о неудачно подобранной или индуктивной терапии. Из 57 больных мальчиков было 37 (64,9 %  $\pm$  6,3 %), девочек 20 (35,1 %  $\pm$  6,3 %). В возрасте до 10 лет было 19 (33,3 %  $\pm$  6,2 %) и 10-14 лет - 38 (66,7 %  $\pm$  6,2 %) детей ( $p \leq 0,001$ ).

С.Х.Кобиков, С.А.Сафонова. Клинические проявления резистентных форм лимфогранулематоза у детей. Журнал педиатрии и детской хирургии, 1988, 10, 61-64.

новлено: лимфоидное преобладание диагностировано в 14,0 %, нодулярный склероз - в 28,1 %, смешанно-клеточный тип - в 28,1 %, лимфоидное истощение - в 22,8 % и тип не определен в 7,0 % наблюдений.

По продолжительности анамнеза наиболее многочисленной (20 больных из 57, или 35,7 %) оказалась группа детей, у которых заболевание развивалось достаточно остро (продолжительность анамнеза менее 1 мес). Выяснено, что у половины больных первичным проявлением заболевания было вовлечение в процесс лимфатических узлов средостения - 31 наблюдение (54,4 %  $\pm$  6,6%), реже отмечались множественные поражения - у 13 (22,8 %  $\pm$  5,5 %) пациентов.

Анализ показал, что поражение 5 и более зон наблюдалось у 46 (82,1 %  $\pm$  5,1 %), поражение 3-4 зон - у 11 (17,9 %  $\pm$  5,1 %) больных ( $p < 0,001$ ); при этом у всех детей обнаруживались один или несколько опухолевых конгломератов размером более 5 см в диаметре.

Наличие симптомов интоксикации имело место у (75,4 %  $\pm$  5,7 %), биологической активности процесса ("в"), - у 50 (87,7 %  $\pm$  4,4 %).

Среди 29 больных с I ст. заболевания резистентных форм не было, из 90 детей со II ст. они выявлены у 6 (6,7 %  $\pm$  2,6 %), а из 214 пациентов с III ст. - у 23 (10,7 %  $\pm$  2,1 %). Чаще, чем при других стадиях, резистентные формы наблюдались у больных IV ст., а именно у 28 (44,4 %  $\pm$  5,9 %) из 63 пациентов ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, для резистентных форм лимфогранулематоза у детей характерны возраст больных 10-14 лет, длительность анамнеза до 1 мес, первичная локализация в лимфатических узлах средостения; наличие поражения 5 и более зон опухолевыми конгломератами размером 5 см в диаметре, симптомов интоксикации, биологической активности процесса и IV ст. заболевания.

УДК 616-001.2-006.6:611.35

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ  
НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

В. А. Колесникова, В. Д. Ильинский, М. Р. Клейнер

г. Ростов-на-Дону

Отсутствие за последние десятилетия прогресса в решении проблемы улучшения результатов консервативной терапии неоперабельного рака прямой кишки при применении традиционных методов лечения (так, по среднестатистическим данным лучевая терапия вызывает частичную регрессию опухоли лишь в 40 % случаев, а химиотерапия бывает эффективна у 20 % больных) обуславливает актуальность поисков новых путей в этом направлении. В связи с этим нами была разработана оригинальная методика, основывающаяся на использовании внутриполостной локальной СВЧ-гипертермии на различных этапах комплексной консервативной терапии неоперабельных больных данной патологией.

40 больным раком прямой кишки T<sub>1-4</sub>M<sub>0</sub> (в 39 случаях аденокарцинома, в I - плоскоклеточный рак), не подлежащим радикальной операции в силу местной распространенности процесса, наличия тяжелой сопутствующей патологии либо категорического отказа от операции, мы осуществляли эндолимфатическое введение в ударных дозах (суммарно до 4 г) 5-фторурацила с последующей дистанционной гамма-терапией в режиме гиперфракционирования методом задней ротации под углом 240° до СДД 60-80 Гр, которая проводилась на фоне внутриполостной локальной СВЧ-гипертермии (сеансы интервалом в 5-7 дней длительностью 60-90 мин при температуре 44-46°C). Контрольная группа (химиолучевая терапия без СВЧ-гипертермии) насчитывала 14 больных, отобранных по логическому принципу (во всех случаях аденокарцинома).

Полную регрессию опухоли мы наблюдали у 11 больных (27 %) основной группы и у I (4 %) - контрольной, частичную - соответственно у 22 (55 %) и 10 (44 %) больных, без эффекта - соответственно 10 (25 %) больных в основной группе и 12 (86 %) в контрольной. Срок наблюдения больных в основной группе составил в среднем 12 месяцев.

наков рецидивирования и метастазирования составил 2 года. Всего на сегодняшний день живы 32 больных (80 %) основной группы и 11 (45 %) - контрольной. В тех случаях, когда возможности лучевой терапии оказывались исчерпанными либо имелись противопоказания к ее применению, мы проводили курс термохимиотерапии по следующей методике: системная монохимиотерапия 5 - фторурацилом ( $500 \text{ мг/м}^2$  в 1,3,5-й дни недели) до общей дозы 6-8 г на фоне внутриводостной локальной СВЧ-гипертермии (сеансы в 1-й и 5-й дни недели), осуществлявшейся в описанном выше режиме.

Из 10 больных раком прямой кишки  $T_{3-4} N_0$  (у всех аденокарцинома), леченных по данной методике, в 4 случаях достигнута частичная регрессия опухоли, в 3 - стабилизация процесса, сопровождавшаяся клинической ремиссией, и в 3 - эффекта не получено. В контрольной группе (10 больных, отбравшихся по аналогичному принципу, но получавших только системную химиотерапию) регрессии опухоли не наблюдалось ни разу, в 4 случаях отмечалась стабилизация, в 6 - эффект не был получен. Средний срок продолжительности ремиссии составил 8,4 и 4,1 мес в основной и контрольной группах соответственно. Наибольший срок наблюдения больного из основной группы в клинической ремиссии составил 31 мес. Включение в комплексную терапию рака прямой кишки внутриводостной локальной СВЧ-гипертермии хорошо переносилось больными, не отражалось на частоте развития и степени выраженности общих и местных осложнений.

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности включения внутриводостной локальной СВЧ-гипертермии в комплексную терапию неоперабельных больных раком прямой кишки, что позволяет при сочетании ее с химиолучевой терапией в 5 раз увеличить показатель полной регрессии опухоли и вдвое сократить число неудач, а при сочетании с системной химиотерапией - добиться в 40 % случаев частичной регрессии опухоли и более чем в 2 раза увеличить срок продолжительности ремиссии.

УДК 616-006.442/.443-065.649.1

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА

Л.И.Корытова, Н.В.Ильин

г. Ленинград

В отделении лучевой терапии системных заболеваний ЦНИРРИ Минздрава СССР, на базе которого с 1966 г. функционирует Центр по диагностике и лечению больных лимфогранулематозом (ЛГМ), разрабатываются новые подходы в лучевом и комплексном лечении этого заболевания. Накопленный опыт позволяет сформулировать основные принципы лучевой терапии больных ЛГМ: индивидуализация пространственного планирования за счет применения крупных полей сложной конфигурации; использование режима мультифракционирования дозы для интенсификации лечения и снижения лучевых осложнений; разработка и совершенствование методов лучевой системной терапии при генерализованном опухолевом процессе с симптомами интоксикации; тотальное облучение легких независимо от степени их поражения.

Для интенсификации лучевого лечения и уменьшения лучевых осложнений впервые в мире у больных ЛГМ разработана и применена при крупнопольном облучении более быстрая схема лечения - режим мультифракционирования на отечественном ЛУО-15 МэВ, при котором облучение проводится 2 раза в день в среднем через 4 ч в разовой очаговой дозе 1-1,5 Гр до 40-44 Гр в течение 3 нед. На основании наблюдения за 43 больными III ст. с 1966 г. установлено снижение ранних лучевых легочных осложнений у мужчин и в целом - значительное ускорение курса облучения при сопоставимых с контролем непосредственных результатах терапии.

Впервые лучевая системная терапия в виде субтотального облучения тела проведена в качестве I-го этапа системного противоопухолевого лечения 20 первичным больным II-IV ст. с целью снятия интоксикации, подавления скрытых, уменьшения манифестированных очагов заболевания, подготовки больных к тотальному облучению лимфатической системы в туморцидных дозах через фигурные поля. Разовая доза на средний план составляет 1-1,5 Гр.

суммарная - 4-6 Гр, ритм облучения 1-3 раза в неделю в зависимости от переносимости. После окончания лучевой системной терапии наблюдались стойкие признаки подавления опухоли в виде нормализации температуры тела, исчезновения ночных профузных потов, кожного зуда, уменьшения вплоть до нормализации размеров лимфатических узлов различных регионов, инфильтрации в пораженных легких, снижения показателей биологической активности процесса (СОЭ, фибриногена, церулоплазмينا, сиаловых кислот).

Проведен анализ клинического течения ЛГМ у 40 первичных больных Шл - IY ст. в возрасте 14-54 лет с экстранодальным и диссеминированным поражением легких, получавших крупнопольное облучение через крупные поля сложной конфигурации на ДУЭ 4,3 и 1,5 МэВ в режиме тормозного излучения. 20 больных в плане первичного лечения получали тотальное облучение пораженных легких, суммарная доза до 20 Гр. Установлены положительный непосредственный противоопухолевый эффект указанного воздействия и улучшение отдаленных результатов, при этом частота и сроки возникновения ранних лучевых легочных осложнений не отличаются от контрольных данных.

Таким образом, представленные материалы свидетельствуют о перспективности разработки новых направлений в лучевой терапии первичных больных генерализованным ЛГМ, а также о возможности на их основе повышения эффективности лучевого лечения указанной категории больных.

УДК 616.33-006.6-06

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С  
ДРЕНИРОВАНИЕМ ГРУДНОГО ПРОТОКА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

А.Ф.Лазарев, В.В.Басов, В.В.Балуев,  
В.А.Лубенников, С.Д.Фокеев

г. Барнаул

Эндолимфатическая химиотерапия применяется при раке желудка как самостоятельно, так и в комбинации с хирургическим методом / Анапаян В.Х., 1988 /. Однако в практике этот метод широко не используется. Главными сдерживающими факторами здесь являются опасность диссеминации опухолевых клеток из лимфатических путей во время инфузии по организму больного и сохранение общего токсического эффекта при подведении в этих суммарных доз цитостатиков.

В целях устранения этих недостатков в Барнаульском городском онкологическом диспансере разработана и внедрена методика эндолимфатической химиотерапии с предварительной катетеризацией грудного протока. Данная методика позволила выводить наружу вместе с лимфой опухолевые клетки, находящиеся в лимфатических сосудах и лимфатических узлах брюшной полости. Кроме того, постоянное дренирование грудного протока способствует удалению из организма значительной части цитостатика, "отработавшего" на первичной опухоли и регионарных путях ее распространения. Это создает условия к безопасному увеличению разовой и суммарной дозы химиопрепаратов, повышает цитотоксическое воздействие их на опухолевые клетки и одновременно снижает опасность развития общего токсического эффекта.

Данная методика применялась нами у 32 больных раком желудка III-IV ст., в том числе у 14 из них в качестве предоперационной химиотерапии. Катетеризация лимфатических сосудов на тыле стопы и грудного протока проводилась по общепринятым методикам. Из цитостатиков использовался 5-фторурацил, разовая доза 3-4 г, суммарная 6-12 г. Введение химиопрепарата производилось с помощью линеомата, инфузионно, в течение 3 ч. Каждый

последующая инфузия осуществлялась в новый лимфатический сосуд на тыле стопы, поочередно правой и левой конечности. Все больные лечение перенесли удовлетворительно, явлений общего токсического эффекта, лейкопении не наблюдалось. 28 больных (87,5 %) отметили субъективное улучшение после лечения: уменьшились боли, чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области. Объективный эффект (в виде уменьшения опухоли при рентгенологическом и эндоскопическом контроле) зарегистрирован у 15 больных (46,8 %). В группе пациентов с предоперационной эндолимфатической химиотерапией (14 чел.) у 7 выполнена субтотальная дистальная резекция желудка, у 5 - гастрэктомия, у 2 - пробная лапаротомия. Послеоперационный период протекал без особенностей, каких-либо осложнений не наблюдалось, рана зажила первичным натяжением.

Проведенные исследования показали заметные преимущества эндолимфатической химиотерапии при раке желудка с одномоментным дренированием грудного протока, позволяющей повысить цитотоксическое воздействие на опухоль, снизив при этом опасность ее диссеминации и общий токсический эффект на организм больного.

УДК 616-006.6-089

**О ПОКАЗАНИЯХ К РАСШИРЕННОЙ ЛИМФАДЕКТОМИИ  
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА**

**В.Г.Далетин**

**г. Иркутск**

Удаление пораженных метастазами забрюшинных лимфатических узлов при раке желудка считалось бесперспективным, и такие случаи обычно признавались неоперабельными. Лишь в отдельных клиниках радикальные операции дополнялись удалением печеночных, парааортальных, супрапанкреатических лимфатических узлов. Эта процедура позволяла в некоторых случаях добиться стойкого выздоровления.

В 1989 г. Сарратин с соавт. опубликовал анатомические ис-

следования, в которых доказал, что многие из лимфатических сосудов кардиального отдела желудка направляются к воротам левой почки. Было установлено также, что существует обширный лимфоток между чревными лимфатическими узлами и лимфатическими узлами в области ворот левой почки. Эти новые факты требуют клинического осмысления. Как известно, лучшим индикатором лимфатической системы являются опухолевые клетки. Наши клинические наблюдения подтвердили значение лимфатических узлов ворот левой почки как регионарных для проксимального отдела желудка. Это позволило внести коррективы в объем оперативного вмешательства при раке желудка. Топографо-анатомические исследования показали, что лимфаденэктомия при гастрэктомии должна выполняться в пределах 5 фасциально-клетчаточных пространств печеночно-крупчовидном, селезеночно-крупчовидном, селезеночном, парааортальном и левом почечно-аортальном. Удаление лимфатических узлов и жировой клетчатки левого почечно-аортального пространства явилось новым элементом, дополняющим общеизвестный подход к объему оперативного вмешательства при раке проксимального отдела желудка.

Всего выполнено 136 расширенных операций: из них гастрэктомий - 91, проксимальных резекций желудка - 8, субтотальных резекций желудка - 37. Умерло 12 больных (6,8 %). При расширенных операциях увеличивается продолжительность и травматичность вмешательства. Это определяет более тяжелое течение послеоперационного периода, обусловленное более поздним восстановлением функции кишечника и длительным (до 4-5 дней) истечением серозной жидкости из брюшной полости из-за повреждения множества лимфатических сосудов и дезорганизации лимфооттока. Причины смерти после гастрэктомии: острая сердечно-сосудистая недостаточность - 3, несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза - 2, перитонит - 1, ишемический некроз поперечной ободочной кишки - 1, поддиафрагмальный абсцесс - 1, панкреонекроз - 1, двусторонняя пневмония - 1, тромбоэмболия легочной артерии - 1. После субтотальной резекции желудка умерла 1 больная от панкреонекроза.

Отдаленные результаты изучены у 53 больных: 3 года после операции жили 29 (50 %). В результате полученного опыта мы сти-

таем, что показанием к расширенной лимфаденэктомии является ретроперитонеальная опухоль желудка с наличием удаленных метастазов в паритетальных лимфатических узлах. Противопоказания онкологического характера: кахексия, асцит, диссеминация опухоли по брюшине, отдаленные метастазы. Противопоказания общего характера: легочно-сердечная недостаточность, сахарный диабет, дистрофические изменения в печени и почках.

УДК 616.71-006-073.75

### ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

#### БОЛЬНЫХ КОСТНЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Д.В.Ланцман, И.И.Анисеня

г. Томск

Улучшение диагностики и успехи лекарственного и лучевого лечения опухолей костей позволяют в настоящее время шире применить сегментарные резекции кости вместо традиционных ампутаций и экзартикуляций. В связи с этим все актуальнее встает вопрос о восполнении операционного дефекта кости и восстановлении функции конечности.

Общепринятые методы костно-пластической хирургии у онкологических больных не всегда возможны и целесообразны в силу особенностей опухолевого процесса и необходимости проведения дополнительного химиолучевого лечения. В связи с этим все более широкое применение в костной онкологии находят операции с замещением дефекта костей и суставов эндопротезами различных конструкций. Это позволяет с наименьшей травмой и в максимально короткие сроки восстановить функцию и обеспечить достаточно хорошее качество жизни пациентов.

В отделении общей онкологии НИИ онкологии ТИЦ АМН СССР различным видам эндопротезирования подвергли 24 больных. Использовались стандартные эндопротезы коленного и тазобедренно-го суставов конструкции Сиваша, эндопротезы, смоделированные на операционном столе из быстротвердеющих пластмасс, самодель-

ные конструкции из пористого никелида титана, скрепки из металла с памятью формы и компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову.

После резекции сегментов костей, образующих коленный сустав, у 6 больных использовались стандартные эндопротезы Сиваша из металла. В 5 наблюдениях мы дополнили эндопротез муфтой из пористого никелида титана, отделяющей стержень эндопротеза от окружающих тканей. Это позволило не только полноценнее восполнить дефект кости, но и быстрее восстановить функцию конечности за счет врастания соединительной и костной ткани в поры муфты. Разработанная методика позволила производить эндопротезирование после проксимальной резекции большеберцовой кости, когда применение традиционного эндопротеза кончается неудачей.

Двум пациентам после проксимальной резекции бедренной кости дефект замещен типичным эндопротезом тазобедренного сустава по Сивашу (I) и индивидуально изготовленным пластмассовым эндопротезом сустава. У 2 больных после резекции верхней трети плечевой кости имплантированы индивидуальные эндопротезы плечевого сустава. Целые эндопротезы из пористого никелида титана применялись для замещения мелких трубчатых костей кисти после субтотальной резекции или полного удаления. В 2 наблюдениях после диафизарной резекции кости - плечевой и бедренной - установлены цилиндрические пористые эндопротезы на штифте.

Предложена и применена методика костной пластики с фиксацией костных элементов скрепками из никелида титана (сангитальная резекция верхней трети бедренной кости на 2/3 поперечника по поводу остеобластокластомы). Заложенная в скрепку память формы обеспечила длительную прочную фиксацию и постоянную умеренную компрессию элементов костной пластики, создав условия для хорошей консолидации без формирования избыточной костной мозоли. В большинстве наблюдений после операций эндопротезирования достигнуты хорошие функциональные результаты при существенном (на 2-3 мес) сокращении сроков иммобилизации конечностей. Осложнения нагноительного характера, потребовавшие удаления протезов, имели место у 3 больных. Один из этих пациентов оперирован повторно спустя полгода с удовлетворительными результатами.

Эндопротезирование позвонков - практически не изученная область хирургии. В отделении разработана и произведена операция резекции тела позвонка по поводу гемангиомы с одновременным эндопротезированием дефекта пористым металлом. Получен хороший эффект.

Полученные результаты говорят о достаточно высокой эффективности применения эндопротезирования при восстановлении дефектов костей после резекции по поводу опухолей. Наиболее перспективным представляется использование эндотротезов и дополнительных конструкций из пористого никелида титана.

УДК 616.33-006.6

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО  
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

А.М.Лебедев, Е.П.Куликов, В.А.Глазунов,  
М.П.Першин, А.С.Мирчетич

г. Рязань

Необходимость проведения восстановительного лечения больным, перенесшим радикальную операцию по поводу рака желудка, является очевидной. Однако до настоящего времени этот вопрос далек от разрешения. В основу данной работы положен опыт кафедры онкологии, рентгенологии и медицинской радиологии Рязанского медицинского института имени акад. И.П.Павлова и Рязанского областного онкологического диспансера за 1981-1989гг. по реабилитации пациентов с операбельным раком желудка.

Всего наблюдалось 726 больных, из них 328 получило реабилитационные мероприятия. Организация восстановительного лечения была следующей: начиная с 3-4-го дня послеоперационного периода пациенты получали 3 % отвар сбора лекарственных растений, в который входили листья крапивы двудомной, цветы ромашки аптечной, трава зверобоя, трава тысячелистника, плоды шиповника, корни одуванчика, корни цикория и листья вахты трехлистной. Фитотерапия продолжалась после выписки больного из стационара

в течение I мес амбулаторно. В последующем пациенты наблюдались в кабинете восстановительной терапии, который расположен в поликлинике онкодиспансера, и проходили месячные курсы реабилитации 2 раза в год на протяжении 3-5 лет с использованием лекарственных трав, иммуномодуляторов и других медикаментозных средств, учитывая характер осложнения и направленность действия препарата. Больные с тяжелыми формами резекционных расстройств получали соответствующую терапию в стационаре онкологического диспансера.

С 1989 г. открыто реабилитационное отделение на базе одной из участковых больниц, где проводится реабилитация пациентов с постгастрорезекционными осложнениями легкой и средней степени с применением диетотерапии и некоторых курортных факторов. Перед и после каждого курса реабилитации пациенты проходили всестороннее обследование не только для исключения местного рецидива и прогрессирования опухолевого процесса, но и для изучения функционального состояния органов пищеварения, иммунологического статуса организма больного.

Проводимые реабилитационные мероприятия позволили значительно уменьшить число и выраженность постгастрорезекционных расстройств, что вело к раннему и стойкому восстановлению трудоспособности больных, увеличению продолжительности их жизни по сравнению с контрольной группой. Данная организация реабилитационных мероприятий пациентов после радикальных операций по поводу рака желудка представляется нам наиболее оптимальной в условиях региона, не располагающего курортом гастроэнтерологического профиля.

УДК 615.849.12

#### РАДИОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НЕЙТРОННОЙ ТЕРАПИИ

В.Н.Летов, С.А.Аверин

г. Томск

Задача повышения эффективности лучевой терапии связана с необходимостью преодоления радиорезистентности опухолевых клеток.

клеток опухоли, что возможно при использовании излучения с высокой ДПЭ, в частности быстрых нейтронов. Практическому применению быстрых нейтронов (из реакции  $13,6 \text{ MeV}_d + {}^9\text{Be}$ ) в лечении опухолей предшествовали всесторонние исследования ряда показателей, необходимых для планирования дистанционной нейтронной терапии: ОБЭ, "факторов восстановления" для нормальных тканей и перевиваемых опухолей, "фактора терапевтического преимущества" (ФТП) и "фактора изменения дозы" (ФИД) при разработке вопроса о возможности применения радиомодификаторов с целью увеличения эффективности быстрых нейтронов.

Локальное облучение быстрыми нейтронами карциномы Эрлиха (КЭ) и меланомы В16, а также нормальной кожи мышей проводили на циклотроне У-120 однократно и фракционированно. Суммарные дозы нейтронного облучения находились в интервале 1-21 Гр и стандартного рентгеновского (200 кВ) 6-72 Гр.

Показано, что ОБЭ быстрых нейтронов при однократном облучении опухолей составляет  $3,57 \pm 0,10$  (КЭ) и  $4,86 \pm 0,38$  (В16), возрастая до  $5,17 \pm 0,16$  (КЭ) и  $6,06 \pm 0,15$  (В16) при 4 фракциях облучения. С уменьшением дозы на фракцию и увеличением количества фракций облучения ОБЭ возрастает для обеих опухолей, но с большей скоростью для карциномы Эрлиха. ОБЭ для кожи с уменьшением дозы нейтронов на фракцию изменяется незначительно.

Для всего изученного диапазона доз величина ФТП нейтронов была выше для радиорезистентной меланомы В16, чем ФТП для радиочувствительной карциномы Эрлиха. При однократном облучении ФТП составляла  $2,01 \pm 0,19$  (В16) и  $1,37 \pm 0,06$  (КЭ), увеличение числа фракций облучения до 4 приводило к росту величин этого фактора до  $2,39 \pm 0,11$  и  $1,74 \pm 0,126$  для 1-й и 2-й опухоли соответственно.

Изозффективные прямые, отражающие зависимость изменения величин суммарных доз от количества фракций облучения кожи, имеют близкие углы наклонов при обоих видах излучения ( $\beta_2 = 0,49 \pm 0,03$ ,  $\beta_4 = 0,43 \pm 0,04$ ). При нейтронном облучении опухолей отмечается уменьшение углов наклона изозффективных прямых по сравнению с таковыми для кожи ( $\beta_{\text{КЭ}} = 0,41 \pm 0,02$ ,  $\beta_{\text{В16}} = 0,31 \pm 0,01$ ). При дозах нейтронного облучения на фракции 1-2 Гр (для КЭ) и 3-4 Гр (для В16) "фактор восстановле-

ния" выше для кожи, чем для опухолей.

Анализ ФИД при гипертермии (43°C, 30 мин) для опухолей и кожи показывает, что его величина снижается с увеличением числа фракций и имеет сложную зависимость от дозы на фракцию. Максимальные различия значений ФИД для опухолей и кожи отмечаются при дозах на фракцию 1 Гр и минимальные - при дозах 3-4 Гр. Полученные данные позволяют дать рекомендации к практическому использованию быстрых нейтронов в лучевой терапии злокачественных опухолей.

УДК 618.19-006.6-07

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ,  
ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ФИБРОАДЕНОМАТОЗА**

Л.А.Ли, А.А.Соболев, М.Х.Фридман

г. Ленинград

В решении проблемы рака молочной железы (РМЖ) важное значение придается оптимизации организационных и методических мероприятий, направленных на раннее выявление заболевания. В связи с этим в последнее время наблюдается устойчиво высокий интерес к изучению факторов риска и формированию групп повышенного риска заболевания РМЖ. Учитывая актуальность данной проблемы, мы изучали факторы риска заболевания РМЖ у 150 больных локализованным фиброаденоматозом, подвергнутых в прошлом лечению в объеме секторальной резекции молочной железы. Из них у 32 больных (1-я группа) в различные сроки после операции выявлен РМЖ, остальные 118 (2-я группа) - больные с благополучной судьбой, прослеженные не менее 10 лет после хирургического лечения фиброаденоматоза. Средний возраст больных, в котором был выявлен локализованный фиброаденоматоз, в 1-й группе - 35,9 года, во 2-й - 34,3 года.

Анализ материала показал, что РМЖ может развиться в любые сроки после хирургического лечения фиброаденоматоза; у 3 больных заболевание обнаружено в течение первых 3 лет наблюдения.

у 6 больных - в период от 4 до 7 лет, у остальных 23 - в более поздние сроки, от 7 до 24 лет. Средний срок обнаружения РМЖ с момента операции по поводу локализованного фиброаденоматоза составил 9,5 года.

Представленные группы больных сопоставлены по частоте следующих факторов риска РМЖ: 1) пролиферативный тип фиброаденоматоза; 2) отягощенная онкологическая наследственность; 3) мастит в анамнезе, леченный хирургически; 4) хронический аднексит; 5) заболевания печени и желчевыводящих путей; 6) ожирение; 7) отсутствие беременности; 8) отсутствие родов; 9) отсутствие лактации; 10) поздние первые роды; 11) поздние последние роды; 12) пол первого ребенка.

Отмечено, что наибольшие различия в группах имеются по частоте 2 факторов риска - отягощенной онкологической наследственности и пролиферативному типу фиброаденоматоза, которые в I-й группе встретились в 12,5 и 75,6 % случаев; во 2-й группе - в 4,2 и 30,3 % случаев соответственно. В I-й группе чаще, чем во 2-й, встречались также и некоторые другие факторы риска: хронический аднексит; поздние первые и последние роды, а также и мастит, леченный хирургическим путем.

У многих больных как в I-й, так и во 2-й группе имелись различные сочетания анализируемых факторов риска. При этом наибольшее различие в группах отмечено по частоте случаев сочетания 2 факторов риска - пролиферативного типа фиброаденоматоза и отягощенной онкологической наследственности. Указанное сочетание факторов риска заболевания РМЖ в I-й группе отмечено у 3 (9,4 %) больных, во 2-й - также у 3 (2,5 %). Установлено, что часть больных не имела ни одного из анализируемых факторов риска РМЖ: в I-й группе - 6 (18,7 %) больных, во 2-й группе - 33 (27,7 %).

Результаты исследования подтверждают необходимость пожизненной диспансеризации и реальность дифференцированного подхода к отбору больных, оперированных по поводу локализованного фиброаденоматоза, для учета и наблюдения. По нашему мнению, диспансерному наблюдению подлежит большинство больных, оперированных по поводу фиброаденоматоза. Особое внимание при этом должно уделяться пролиферативным вариантам фиброаденоматоза,

И  
Д  
Е  
С  
Л  
И  
Ф  
Л  
И  
И  
Р  
М

У

И  
С  
И  
В  
С  
П  
О  
К  
Г  
Ч  
В  
П

имеющим отягощенный онкологический анамнез. Диспансерное наблюдение за больными, оперированными по поводу непродуктивных видов дисплазии и не имеющими факторов риска РМЖ, представляется недостаточно обоснованным. Число таких больных, по материалам нашего исследования, составило 33 (27,7 %) - ни у одного из них при длительном наблюдении не отмечено развития РМЖ. Учет факторов риска заболевания РМЖ при формировании контингента лиц для диспансеризации, а также при ее проведении позволяет индивидуализировать диспансерное наблюдение за больными, оперированными по поводу локализованного фибroadеноматоза, и тем самым повысить эффективность "вторичной профилактики" РМЖ.

УДК 616.24-006.6-08:615.849.5:615.28

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ  
ЦИКЛОФOSFANOM, МЕТOTPEKCAТОМ И ВИНЕБЛACТИНОМ  
ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ  
РАКЕ ЛЕГКОГО

И.Ф.Линченко, В.М.Данильин

г. Ставрополь

Вопрос о целесообразности сочетания химиотерапии с облучением при немелкоклеточном раке легкого считается открытым. Согласно опубликованным данным / Линченко И.Ф., Данильин В.М., 1985 /, эффективность химиолучевого лечения этой формы рака варьирует широко - от 12 до 62 %, что, по-видимому, объясняется недостаточным учетом прогностических факторов. Дальнейший прогресс в этом деле может быть достигнут путем выделения из общей массы неоперабельных больных немелкоклеточным раком легкого более или менее однородных по прогностическим факторам групп и проведения им целенаправленного противонуклеового лечения.

В данной работе анализируются результаты последовательного варианта комбинированного лечения с проведением лучевой терапии на первом этапе у 30 мужчин от 40 до 65 лет с локали-

57,3 г.  $\pm$  1,3 г.) с неоперабельным плоскоклеточным раком легкого, не распространявшимся за пределы одной половины грудной клетки. У 26 человек установлена III и у 4 - II ст. заболевания.

Дистанционная гамма-терапия на первичный очаг и средостение осуществлялась с 2-3 полей (переднего, заднего и бокового) по 2 Гр в день до суммарной очаговой дозы порядка 60 Гр. Химиотерапия проводилась циклофосфаном (по 400 мг в/м через день, суммарно 6000 мг), метотрексатом (по 5 мг внутрь ежедневно, суммарно - 150-180 мг) и винбластином (по 10 мг 1/в I раз в неделю, суммарно 50 мг). Интервал между этапами лечения (химиотерапевтическим или лучевым) составлял 6 нед. Дополнительная химиотерапия осуществлялась через 2,3,4 и т.д. мес после очередного курса лечения по аналогичной схеме до появления признаков резистентности, затем лекарственные препараты заменялись другими.

Непосредственный результат лечения оценивали по критериям, рекомендованным ВОЗ. Отдаленные результаты лечения оценивали путем вычисления показателей выживаемости методом построения таблиц дожития и по продолжительности жизни больных, определяемой от времени начала специального лечения. Материал обработан методом вариационной статистики с применением критерия Стьюдента. Проведенное исследование показало, что при локализованных формах неоперабельного плоскоклеточного рака легкого непосредственная эффективность выбранного нами варианта лечения составила  $(53,4 \pm 9,1)\%$ , причем полный эффект зарегистрирован у  $(16,7 \pm 6,8)\%$  больных, а медиана продолжительности жизни всех больных равнялась  $(17,4 \pm 1,1)$  мес.

Отдаленные результаты химиолучевой терапии зависели от непосредственного эффекта лечения. Медиана продолжительности жизни больных при полной /  $(39,0 \pm 6,6)$  мес / регрессии опухоли была достоверно выше, чем у пациентов с частичной /  $(20,4 \pm 2,8)$  мес / ремиссией или стабилизацией процесса /  $(15,9 \pm 1,3)$  мес /, а кумулятивный показатель 5-летней выживаемости у указанных 3 групп больных составил соответственно 40,0 и 0%. Побочные проявления комбинированного лечения наблюдались у 76,7% леченных больных, причем в 3,3% они являлись непосредственной причиной смерти. Наиболее частым осложнением лечения было угнетение функции кроветворения. Осложнения развивались

тем чаще, чем ниже был показатель объективного статуса больных, оцененный по шкале Карновского. Включение кортикостероидов (ежедневный прием 20 мг преднизолона или его аналогов в течение 5-6 нед) в комплекс химиолучевой терапии плоскоклеточного рака легкого не способствовал улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения, а также не предотвращал развитие осложнений.

При проведении дистанционной гамма-терапии с последующей химиотерапией циклофосфаном, метотрексатом, винбластином локализованного плоскоклеточного рака легкого непосредственный эффект чаще удавалось достигнуть у больных с периферическим раком, локализующимся в правом легком; напротив, при центральной локализации рака чаще наблюдалась лишь стабилизация процесса. Однако клиничко-анатомическая форма опухоли не влияла на отдаленные результаты лечения. Комбинированное лечение центрального плоскоклеточного рака легкого, по сравнению с лечением периферического, чаще сопровождалось постлучевым плевальмонитом и лимфоцитопенией.

Плоскоклеточный неороговевающий рак легкого был более чувствителен к химиолучевому лечению, чем высокодифференцированная форма опухоли, особенно в отношении возможности достижения полного эффекта. Хотя это дало преимущество больным I-II группы в I-годовой выживаемости, однако ни один пациент с плоскоклеточным неороговевающим раком не дожил до 3 лет, тогда как 3- и 4-летняя выживаемость у больных с ороговевающим раком легкого составила  $(36,4 \pm 15,2) \%$  ( $p < 0,05$ ). У больных старше 65 лет имела место тенденция к увеличению медианы продолжительности жизни, однако осложнения развивались у них чаще, чем у всех пациентов, включенных в исследование.

Преимущество предлагаемого варианта химиолучевой терапии плоскоклеточного рака легкого мы видим в том, что при минимальном количестве побочных реакций удается достигнуть результатов не хуже опубликованных в литературе.

УДК 616.45-001.1/.3+616-006-003

ПРОФИЛАКТИКА ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА И МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

Н.В.Дян, В.И.Луневский, А.В.Чердниченко, О.А.Полушина

г. Томск

Известно, что интенсивная хирургическая агрессия, недостаточно блокированная анестезиологическими приемами, оказывает модулирующее влияние на послеоперационное метастазирование. При этом наблюдаются обширное повреждение сосудистой поверхности органа-мишени, а также значительные изменения неспецифической и естественной противоопухолевой резистентности в организме больных. В патогенезе усиления процесса метастазирования ведущая роль принадлежит расстройствам нейроэндокринных систем. В связи с этим мы считаем, что профилактика хирургического стресса может оказать нормализующее влияние на послеоперационное метастазирование.

В настоящей работе приводится опыт применения разработанного нами метода нейровегетативного торможения (НВТ), позволяющего уменьшать реакцию организма на операционную травму. Во время операции методика НВТ применялась у 1160 онкологических больных, а у 158 из них - в послеоперационный период в сочетании с иглоанальгезией. Контроль за состоянием больных заключался в наблюдении за системными изменениями и межсистемными взаимоотношениями: гормонов и медиаторов, иммунитета, гемодинамики, гемостаза, неспецифической и специфической противоопухолевой резистентности. Отдаленные результаты хирургического лечения были изучены у 311 больных раком легкого, желудка и тела матки III ст.

Прежде всего нами было изучено влияние НВТ на метастазирование в экспериментальных условиях на модели лимфогенной диссеминации перивисной опухоли. Оказалось, что хирургическая агрессия в условиях НВТ не вызывает существенной стимуляции процесса метастазирования. В то же время при применении НВТ в группе неоперированных животных отмечено торможение метастазирования опухоли до 45 %. Как показали наши исследования, меха-

низм противоопухолевого эффекта ганглиоблокирующего препарата заключается в усилении (на 53,8 %) мембранотоксичности нормальных киллеров - основных эффекторов специфической противоопухолевой резистентности.

Исследования показали, что разработанная методика НВТ во время и после операции позволяет сохранить функциональную активность систем адаптации, а также специфической и неспецифической резистентности. Операционный стресс в этих условиях не оказывает депрессивного влияния на компенсаторные механизмы, определяя удовлетворительные непосредственные результаты хирургического лечения. Нейровегетативное торможение способствует существенному улучшению 2-, 3-летних результатов хирургического лечения больных раком легкого и желудка.

Анализ материала показал, что механизм уменьшения метастазирования при применении НВТ заключается в следующем. Операционный стресс, вызывая активацию нейроэндокринных систем (гипофизарно-надпочечниковой, симпатoadреналовой), угнетает не только системы иммунитета, неспецифическую и противоопухолевую резистентность, но и метаболические процессы (КЩС,  $T_3$ ,  $T_4$ , показатели липидного обмена). Отмеченные комплексные изменения в организме оперированных больных способны влиять на взаимоотношение "опухоль-организм", клиническая манифестация которого определяется метастазированием опухолевого процесса. Применение НВТ как метода профилактики операционного стресса оказывает нормализующее влияние на вышеотмеченные системы и, в конечном счете, уменьшает прогрессирование злокачественного процесса.

УДК 616.33-006.6-085.032.13

**ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ЖЕЛУДКА**

Н.А.Макашкин, Б.Н.Зырянов, Д.П.Бурлак

г. Томск

Нами разработан способ длительной катетеризации чревной артерии поясничным трансортальным доступом. Использование тонкого микрокатетера диаметром 1 мм позволило проводить регионарную химиотерапию в пред- и послеоперационный период сроком до 1,5 мес /А.с. № 1431744 от 22.06.1988 г./. Комбинированное лечение с внутриаrтериальной химиотерапией проведено у 43 больных местно-распространенным раком желудка. Курсовая доза 5-фторурацила до операции составила 4-5 г. С целью повышения эффективности химиотерапии 23 больным 5-фторурацил вводился после инфузии 0,14 % перекиси водорода. Через 12-14 сут после окончания химиотерапии всем больным выполнено радикальное оперативное вмешательство. Внутриаrтериальная химиотерапия продолжалась с 15-17-х сут после операции. Курсовая доза 5-фторурацила составила 4-5 г.

Удаленные препараты желудка были изучены с целью морфометрической оценки степени химического патоморфоза. После предоперационной внутриаrтериальной химиотерапии отмечается значительное уменьшение удельного объема паренхимы и увеличение стромы за счет грубой волокнистой соединительной ткани и лимфоидно-плазмоцитарной инфильтрации. Опухолевые клетки при этом располагаются мелкими комплексами и одиночно среди волокон соединительной ткани. Эти изменения максимальны при низкодифференцированной аденокарциноме и недифференцированном аденогенном раке. При низкодифференцированной аденокарциноме удельный объем паренхимы уменьшился с 61,10 % в контроле до 34,21 % после лекарственного лечения. При дополнительном введении 0,14 % перекиси водорода данный показатель уменьшился до 29,73 %. Удельный объем стромы опухоли увеличился с 38,15 до 61,84 и 66,26 % после лечения по 2 схемам. Увеличился удельный объем полей некроза с 0,75 % в контроле до 3,95 % после химиотерапии и до

4,01 % после химиотерапии с инфузией 0,14 % перекиси водорода.

Интенсивность лимфоидно-плазмоцитарной инфильтрации опухоли после предоперационной внутриартериальной химиотерапии значительно возросла. Более выраженные изменения получены при низко дифференцированной аденокарциноме. Лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация увеличилась в центре опухоли на 21,73 % при инфузии 5-фторурацила в чистом виде и на 31,34 % при химиотерапии с дополнительной инфузией 0,14 % перекиси водорода. На границе опухоли с неизменной стенкой желудка лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация увеличилась на 20,2 и 40,1 % соответственно.

Отмечено снижение митотического индекса при лечении 5-фторурацилом с 21,16 до 8 %, при химиотерапии с дополнительным введением 0,14 % перекиси водорода - до 6,12 %. Процент патологических митозов возрос с 47,42 до 75,74 и 78,35 % при лечении по 2 схемам. Грубые формы патологии митоза составили 97,5 %. К ним отнесли К-митоз со слипанием хромосом, К-митоз с рассеиванием гиперспирализованных хромосом, отстаивание хромосом в метафазе.

Таким образом, длительная внутриартериальная предоперационная химиотерапия 5-фторурацилом при раке желудка вызывает значительные патоморфологические изменения в опухоли. Морфометрическая оценка степени химического патоморфоза указывает, что более выраженные изменения отмечены у больных с низко дифференцированной аденокарциномой. Использование в комплексном лечении внутриартериальной инфузии 0,14 % перекиси водорода приводит к более выраженным некробиотическим изменениям в паренхиме опухоли. Полученные данные свидетельствуют о перспективности дальнейшего изучения достижимости внутриартериальной химиотерапии местно-распространенного рака желудка.

УДК 618.19-006.6-037

**КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ  
У БОЛЬНЫХ ОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Д.И.Мальшев, М.В.Копп**

**г. Куйбышев**

Одной из самых сложных проблем в лечении рака молочной железы является выработка правильной тактики проведения адъювантной терапии. В каждом конкретном случае перед врачом всегда стоят два вопроса:

1. Показано или не показано данной пациентке после радикальной мастэктомии профилактическое лечение ?

2. Если такое лечение показано, то насколько интенсивным и длительным оно должно быть ?

При решении данных вопросов всегда следует учитывать то, что применяемые в качестве общего профилактического воздействия химио- и/или эндокринная терапии сами по себе весьма токсичны и вредно влияют на многие системы организма. Обычно при выработке показаний к адъювантной терапии учитываются размеры опухоли и степень инвазии регионарных лимфатических узлов, наличие гормональных рецепторов в опухоли, состояние овариально-менструальной функции.

Мы попытались выделить больных с достоверно более высоким риском возникновения рецидива заболевания на основе параметров, характеризующих состояние иммунитета и эндокринного статуса. При этом больные раком молочной железы разделялись на группы, однородные по степени распространенности опухолевого процесса и состоянию овариально-менструальной функции. Состояние иммунитета оценивалось путем подсчета лимфоцитов и Т-лимфоцитов, определялся процент РОК и реактивность на ДНХБ. Гормональный статус находящихся в менопаузе больных определялся измерением концентрации в периферической крови гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ, ЛГ и пролактин).

128 больных операбельным раком молочной железы обследовались до и после мастэктомии и наблюдались в течение не менее

чем 36 мес. После этого срока пациентки были разделены на 2 группы:

а) группа с "благоприятным" течением заболевания, рецидива не выявлено (84 человека);

б) группа с неблагоприятным течением заболевания, в которую вошли умершие от прогрессирования болезни или имевшие рецидив заболевания (44 человека).

Естественно предположить, что у тех пациенток, которые во время лечения имеют иммунологический и эндокринный статус, сходный с группой "а", значительно меньше шансов на рецидив, чем у больных с показателями, близкими к группе "б".

Всего проведено 463 определения % РОЖ и количества Т-лимфоцитов, 269 исследований концентрации ФСГ в периферической крови и 273 - ЛГ. Прогностическая значимость изучаемых показателей оценивалась, как правило, дважды - исходный уровень и изменение его после мастэктомии.

Как и следовало ожидать, не удалось выявить единой, достаточно убедительный критерий прогноза для всех групп больных. К примеру, у получавших предоперационную лучевую терапию больных раком молочной железы прогностически неблагоприятным оказалось повышение после мастэктомии количества Т-лимфоцитов / в среднем с  $(0,349 \pm 0,017)$  до  $(0,627 \pm 0,030) \times 10^9 \text{ л}^{-1}$  /, высокая концентрация фолликулостимулирующего гормона и ее достоверное снижение после мастэктомии -  $(66 \pm 11)$  и  $(33 \pm 5) \text{ ЕД мл}^{-1}$ ,  $p < 0,05$ . При благоприятном течении заболевания концентрация практически не изменялась -  $(26,4)$  и  $(29,3) \text{ мЕД мл}^{-1}$ ,  $p = 0,5$ . Поэтому мы воспользовались методом последовательной диагностической процедуры / Гублер Е. в. и Генкин А. А., 1973; Гублер Е. В., 1978 /, позволяющим не только "взвесить" прогностическую значимость отдельных изучаемых параметров, но и суммировать "веса" для определения вероятности определенного прогноза у отдельной пациентки.

На основании этой методики с использованием СЭМ составлены 9 диагностических таблиц для различных групп больных раком молочной железы. Состояние каждой больной может анализироваться по двум подходящим для нее таблицам.

Считаем, что больные с вторичным раком молочной железы рециди-

на заболевание нуждаются в назначении профилактической терапии вне зависимости от стадии заболевания, а больным с распространенным опухолевым процессом в таком случае она должна проводиться более длительно и активно.

УДК 616-006.6-085:593.96

### ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ДЕЙСТВИЯ МОРЕПРОДУКТОВ

М.Г.Маслова, В.Л.Володарский

г. Владивосток

Рост заболеваемости злокачественными опухолями, неудовлетворенность результатами современных методов лечения побуждают к поискам новых противоопухолевых средств. В этой связи представляет интерес изучение влияния на опухолевый рост продуктов и веществ с высокой биологической активностью, полученных из морских животных.

Активные липиды (ПЛК), полученные биохимиками из трепанга, кальмара, мидии, гонад морских ежей и тихоокеанской сельди, включали в корм мышам с привитой под кожу спины саркомой 37. Животные контрольной группы с привитой саркомой 37 ПЛК не получали. Через 14 дней все мыши были выведены из опыта, опухоли иссечены, определены их размеры и масса. Полученные данные показали выраженное тормозящее действие ПЛК на рост экспериментальной опухоли: по морфометрическим данным она уменьшилась на 49%. Однако сложность выделения и очистки ПЛК, необходимость использования при этом в больших количествах морепродуктов, имеющих широкий спрос, побудили к поискам других, более дешевых и доступных источников противоопухолевых средств.

Более 30 лет известно, что ткань не только трепанга, но и некоторых других голотурий содержит вещества, способные тормозить рост злокачественной опухоли. Эти свойства проверялись у кукумарии японской - разновидности тихоокеанских голотурий - пока что в достаточных количествах встречающейся в дальневосточных морях.

60 белым беспородным мышам путем подкожной имплантации

2 млн опухолевых клеток прикармливалась саркома 37. Последующие 14 дней одна половина животных содержалась на обычном рационе, а вторая половина дополнительно к обычному рациону получала бланшированную кукумарию из расчета 15 мг на 1 г массы животного. Контрольной группой служили 30 здоровых мышей, содержащихся на обычном рационе. Через 2 нед все мыши были выведены из опыта. Исследовалась лейкоцитарная формула крови, масса опухоли, печени, селезенки, а также патоморфоз опухоли по 8 признакам.

Полученные данные показали, что добавление кукумарии в корм животным сопровождалось значительным торможением роста опухоли (54 %). Одновременно почти вдвое увеличивалась масса селезенки, а в крови отмечалось отчетливое увеличение количества лимфоцитов, что особенно заметно при исчислении их в абсолютных показателях ( $p < 0,001$ ). При изучении патоморфоза в опухоли помимо кардиализа и вакуолизации цитоплазмы особенно возрастал лимфоцитарный показатель, т.е. инфильтрация опухоли лимфоцитами.

Результаты исследования позволяют утверждать, что кукумария японская содержит вещества, способные тормозить рост саркомы 37 у мышей. Это тормозящее действие обусловлено, с одной стороны, непосредственным разрушением опухолевых клеток, с другой — активацией клеточного иммунитета.

Проведенные эксперименты позволили перейти к использованию бланшированной кукумарии в онкологической клинике. Голотурия добавлялась в пищу больным, которые подвергались химиотерапии по поводу рака легкого, пищеварительного тракта, молочной железы, а также некоторых системных заболеваний. Угнетение лейкопоза у таких больных носило менее выраженный характер, чем у лиц, не получавших эту пищевую добавку. Количество лимфоцитов у больных, получавших кукумарию, чаще оставалось достаточно большим. Все это позволяло проводить химиотерапию большими дозами и полным курсом.

Таким образом, кукумария японская может быть использована в качестве пищевой добавки при химиотерапии злокачественных новообразований.

УДК 616-006:615.649+39.125.5

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПУЧКА БЫСТРЫХ НЕЙТРОНОВ РЕАКТОРА БР-10**

**В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Ю.С.Мардынский**

**г. Обнинск**

Многочисленные сообщения зарубежных и единичных советских авторов свидетельствуют, что результаты лечения злокачественных новообразований можно значительно улучшить, используя быстрые нейтроны. Уже накоплен определенный опыт лучевой терапии (более 10 000 больных), где в качестве источников ионизирующего излучения применяли циклотроны, нейтронные генераторы с различной энергией нейтронов, при этом в отдельных центрах получены обнадеживающие результаты. Попыток использовать ядерные реакторы для целей лучевой терапии не предпринималось.

В Обнинске на базе реактора БР-10 после тщательных физико-дозиметрических и радиобиологических исследований установлена принципиальная возможность использования быстрых нейтронов реактора для целей лучевой терапии. В результате теоретических расчетов и экспериментальных измерений определено, что особенности глубинного распределения дозы позволяют использовать этот пучок в лучевой терапии опухолей отдельных локализаций. На базе реактора создан медицинский комплекс и начато лечение больных. Разработаны и используются методы предоперационной дистанционной нейтронной терапии рака гортани, сочетанной гамма-нейтронной терапии по радикальной программе злокачественных опухолей гортани и молочной железы, начата сочетанная гамма-нейтронная терапия больных остеогенными саркомами.

К настоящему времени лучевая терапия с использованием быстрых нейтронов реактора осуществлена 109 больным со злокачественными новообразованиями гортани, носа, молочной железы, остеогенными саркомами. Использование дистанционной нейтронной терапии в качестве предоперационного курса показало, что при воздействии нейтронами в опухоли определяется выраженный лучевой патоморфоз. В данной группе количество больных, у которых

возникает рецидив и метастазы, было меньше, чем в группе, где  
больные получали неодомрициклин и гамма-терапию.

Сочетанная гамма-нейтронная терапия рака гортани по ради-  
кальной программе приводит к некоторому увеличению лучевых ре-  
акций кожи и слизистых оболочек, однако в этой группе также  
снижается почти в 2 раза количество больных, у которых появи-  
лись рецидивы. Прослеживается повышение непосредственной эф-  
фективности лечения при сочетанной гамма-нейтронной терапии  
больных со злокачественными новообразованиями молочной железы  
и остеогенными саркомами.

Таким образом, на базе реактора БР-10 создан комплекс, поз-  
воляющий использовать быстрые нейтроны в лучевой терапии онко-  
логических больных. Непосредственные и ближайшие результаты  
лечения больных с опухолями отдельных локализаций свидетельст-  
вуют о перспективности дальнейшего совершенствования этого  
метода лечения злокачественных новообразований отдельных лока-  
лизаций.

УДК 618.11-006.6-085

#### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ СНАД

#### БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

А.Ф.Маренич, В.М.Рыжков, В.А.Горбунова,  
Н.И.Переводчикова

г. Москва

Опухоли яичников занимают второе место после рака тела мат-  
ки среди онкологических заболеваний женских половых органов.  
Однако рак яичников является основной причиной смерти от гине-  
кологических новообразований. Результаты лечения рака яичников  
и в настоящее время нельзя считать удовлетворительными, однако  
введение производных платины в комплексное лечение данной но-  
зологии значительно увеличило возможности химиотерапии.

В данной работе освещен опыт отделения химиотерапии ВОНЦ  
АМИ СССР по лечению больных раком яичников Ш-1У с... с использо-

внимем комбинации СНАД /циклофосфан 400 мг/м<sup>2</sup> в/в 1,6-я дни, гексастан 150 мг/м<sup>2</sup> р/в ежедневно 1-14-я дни, адриамицин 25 мг/м<sup>2</sup> в/в 1,6-я дни, цисплатин 40 мг/м<sup>2</sup> в/в 1,6-я дни/.

Эффективность лечения комбинации СНАД оценена у 50 больных раком яичников III-IV ст., 49 из которых первоначально подвергались оперативному лечению различного объема, 31 женщина ранее не лечилась цитостатиками, а 13 больных изначально получали лечение по схеме CAP /циклофосфан 500 мг/м<sup>2</sup> в/в 1-й день, адриамицин 40 мг/м<sup>2</sup> в/в 1-й день, цисплатин 30 мг/м<sup>2</sup> в/в 1,2, 3-й дни/ и 6 - химиотерапию без производных платины. Из 31 ранее нелеченной больной полная регрессия (ПР) опухоли достигнута у 36,7 % (12 из 31), частичная регрессия (ЧР) более 50 % - у 36,7 % (12 из 31). Таким образом, эффективность отмечена в 77,4 % случаев. При достижении у больных полной регрессии достоверно увеличивался безрецидивный период.

Учитывая тот факт, что рак яичников в большинстве своем является гормонально активной опухолью, было решено изучить, улучшает ли применение антиэстрогенного препарата тамоксифена в сочетании с комбинацией СНАД результаты лечения. 19 из 31 ранее нелеченной больной получали лечение СНАД, у 47,4 % (9 из 19) из них получен полный эффект и у 26,3 % (5 из 19) - частичный, т.е. эффективность составила 73,7 %. Другие 12 больных получали комбинацию СНАД + тамоксифен, при этом ПР достигнута у 25 % (3 из 12) больных, ЧР - у 58,3 % (3 из 12), ПР + ЧР - у 83,3 %. Отмечается некоторое увеличение процента эффективности у больных, леченных СНАД + тамоксифеном, но оно статистически незначимо. Изучение гормональных рецепторов в опухоли показало, что при уровне рецепторов эстрогенов выше 10 фмоль/л объективный эффект был достигнут у всех 4 больных. Дальнейшие исследования в этой области продолжатся.

Анализ зависимости эффективности лечения комбинацией СНАД от предшествующей химиотерапии показал, что у 30,5 % изначально леченных больных отмечена ПР+ЧР, в случае отсутствия предшествующей химиотерапии объективный эффект достигнут у 77,4 % больных. Различия статистически достоверны ( $p < 0,05$ ), что ставит предшествующую химиотерапию в ряд факторов, определяющих эффективность лечения. При этом из 13 больных, ранее леченных ком-

би  
ра  
ля  
не  
до  
че

гру  
дос  
про  
схе

бин  
ких  
де

бинацией САЮ ПР+ЧР отмечена только у 2 (15,4 %), а из 6 женщин, ранее леченных без включения производных платины, ПР+ЧР определялась у 4 (66,7 %). Таким образом, комбинация СНАД оказалась неэффективна в качестве химиотерапии "второй линии" у больных, до этого получавших лечение комбинацией САР.

В таблице дана сравнительная характеристика результатов лечения комбинациями САР и СНАД больных раком яичников III-IV ст.

	Вид химиотерапии	
	Схема САР (105 жен.)	Схема СНАД (31 жен.)
ПР	32 (30,5 %)	12 (38,7 %)
ЧР > 50 %	47 (44,5 %)	12 (38,7 %)
ПР+ЧР > 50 %	79 (75,3 %)	24 (77,4 %)
Сред. продолжит. ПР, мес	13,04±1,49	18,40±2,31
Сред. продолжит. ЧР > 50 %, мес	7,84±0,64	7,46±1,61

При математической обработке сравниваемых величин в этих 2 группах статистически достоверных различий нам выявить не удалось, хотя отмечается некоторое увеличение процента и средней продолжительности полных ремиссий у больных, получавших лечение схемой СНАД.

Подытоживая полученные результаты, следует сказать, что комбинация СНАД является эффективной при раке яичников, однако каких-либо явных преимуществ перед схемой САР на данном материале выявить не удалось.

УДК 616.351-006.6-085.277-069

**ЭНТЕРОСОРБЦИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ  
КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

**В.В.Мартынок, М.Х.Фридман, Л.А.Ли**

**г. Ленинград**

Продолжающийся рост заболеваемости злокачественными опухолями толстой кишки делает лечение рака толстой кишки (РТК) актуальной проблемой. Хирургическое лечение РТК, являющееся основным методом лечения при данной локализации злокачественных опухолей, в настоящее время все еще сопровождается значительным количеством послеоперационных осложнений. Уменьшение числа послеоперационных осложнений во многом зависит от тщательности предоперационной подготовки, которая должна быть направлена как на подготовку собственно толстой кишки, так и на улучшение общего состояния больных РТК. У данного контингента больных, как известно, часто имеется эндогенная интоксикация, связанная с метаболизмом опухоли и воспалительным процессом в кишечнике, выраженным в разной степени. Клинически эндогенная интоксикация проявляется плохим самочувствием, анорексией, лихорадкой, сопровождается определенными изменениями в крови (анемией, ускорением СОЭ, повышением содержания среднемолекулярных поли- и олигопептидов).

В нашей работе для предоперационной подготовки больных РТК мы применили метод энтеросорбции (Э), рассчитывая при помощи сорбента провести как детоксикацию организма, так и ликвидацию воспалительных изменений в кишечной стенке. Мы применили метод Э для подготовки 90 больных РТК, причем в группу входили больные раком и ободочной, и прямой кишок. Контрольную группу составили 90 больных, получавших традиционную предоперационную подготовку. Для Э использовался сорбент природного происхождения - полифепан, получаемый при гидролизе дривисины, в дозе 0,5-1,0 г/кг массы тела в сутки. Длительность Э составляла 5-7 дней, по истечении которых сорбент отменялся и проводилась очистка кишечника при помощи слабительных средств и клизм. Ан-

антибиотики перед операцией в обеих группах не назначались.

Через 3-4 дня у больных, получавших полифепин, улучшалось самочувствие, прекращалась диарея, приходила к норме температура тела и, по сравнению с больными контрольной группы, достоверно уменьшалась СОЭ ( $p < 0,05$ ). Выявлено достоверное снижение содержания в плазме среднемолекулярных веществ с  $(0,18 \pm 0,06)$  до  $(0,094 \pm 0,004)$  ед. и олигопептидов, определяемых по методу Лоури, с  $(1,2 \pm 0,08)$  до  $(0,77 \pm 0,05)$  г/л. В контрольной группе в течение предоперационного периода эти показатели оставались на исходных цифрах. Эти различия статистически достоверны ( $p < 0,05$ ). При морфологическом исследовании стенок удаленных сегментов кишок у 10 из 30 больных контрольной группы выявлено выраженное воспаление, а среди 30 больных, подвергнутых Э, аналогичные изменения отмечены лишь у 2.

Частота послеоперационных осложнений в группе больных, получавших сорбент, составила 13,3 %, а послеоперационная летальность - 5,5 %. В контрольной группе отмечено 35,5 % осложнений, а послеоперационная летальность была 11,1 %. Средний срок пребывания больных в стационаре после операции в группе, подвергнутой Э, составил 18,1 дня, а в контрольной группе - 24,8 дня.

Наш опыт применения Э в предоперационный период у больных РТК позволяет сделать вывод, что с помощью этого метода можно провести эффективную детоксикацию организма и уменьшить явления колита, результатом чего стало уменьшение числа послеоперационных осложнений, снижение летальности и сокращение койко-дня.

УДК 616.351-006.6:616.36-033.2

### ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В ПЕЧЕНЬ

Р.А.Мельников, Г.А.Тевзадзе, Б.А.Мосидзе,  
Т.Г.Арошидзе

г.г. Тбилиси, Ленинград

Наше исследование включало 211 больных с метастазами рака прямой кишки в печень. Они были распределены на 4 основные группы в зависимости от проведенного лечения: 1-я - симптоматическая терапия; 2-я - системная химиотерапия; 3-я - внутрипортальная химиотерапия и 4-я - комбинированные методы лечения.

Мы сравнили результаты лечения больных с одиночными метастазами в печень после системной и внутрипортальной химиотерапии на фоне удаленного первичного опухолевого очага. Преимущество внутрипортальной инфузии фторурацила выразилось в значительном увеличении числа больных, проживших 2-3 года.

Таким образом, установили, что при отсутствии первичной опухоли наиболее эффективным методом консервативного лечения является внутрипортальная химиотерапия. Однако еще лучшие результаты при лечении солитарных метастазов мы получили комбинацией внутрипортальной химиотерапии с хирургическим удалением пораженного участка печени. Комбинированный метод лечения значительно увеличивает продолжительность жизни этих больных, 44,0 % из которых живут более 3 лет, а 8,0 % пережили 5-летний рубеж.

Менее утешительны результаты лечения больных с множественными метастазами в печень. В этой группе также наиболее эффективной оказалось регионарное подведение фторурацила к очагу поражения через воротную вену. Сравнивая продолжительность ремиссии после внутрипортальной химиотерапии и ее комбинации с временной деартериализацией печени, мы не обнаружили достоверного увеличения продолжительности жизни - в среднем 19-24 мес прожили лишь 8,0 % больных. Однако наше внимание привлекло значительное улучшение общего качества жизни больных после эм-

Соли-  
тельн  
Ан  
провер  
ции пе  
терапии  
мой хи  
и не н  
Сл  
чени н  
зависи  
а)  
печени  
патоло  
рапией  
б)  
ра явл  
внутри  
Эт  
рованн

УДК 616

ПАТ

В с  
онкологи  
томорфо  
зирующи  
случае  
критери

соединения печеночной артерии, которая выполнялась путем избирательной катетеризации последней.

Анализ субъективных ремиссий и общего статуса больных был проведен по шкале Карновского и ВОИЦ АМН СССР. После эмболизации печеночной артерии в комбинации с внутривенной химиотерапией 61,0 % больных с множественными метастазами рака прямой кишки в печень способны продолжать "нормальную активность" и не нуждаются в стационарном уходе.

Следовательно, у больных с метастатическим поражением печени необходимо индивидуальное планирование лечебной тактики в зависимости от клинической характеристики процесса:

а) при одиночных, инфильтрирующих не более 2 сегментов печени метастазах следует прибегать к хирургическому удалению патологического очага с последующей внутривенной химиотерапией;

б) при множественных, неудаляемых метастазах методом выбора является временная деартериализация печени в комбинации с внутривенной химиотерапией.

Эти положения выполнимы и имеют эффект при условии изолированного поражения печени и удалении первичной опухоли.

УДК 615.849.12:616-006-091

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛУЧЕВОГО  
ПАТОМОРФОЗА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОСЛЕ ФОТОННОГО И  
НЕЙТРОННОГО ОБЛУЧЕНИЯ**

В.П.Модлев, М.Ф.Дикович, М.Н.Зобнина

г. Томск

В связи с развитием и совершенствованием лучевой терапии онкологической патологии одной из основных задач изучения патоморфоза является сравнение эффективности разных видов монизирующих излучений. Основным объективным методом оценки в этом случае служит микроскопический анализ состояния тканей. Среди критериев такого анализа все большее значение стали приобре-

тать вспомогательные исследования, в частности определение митотического режима и содержание ДНК в ядрах опухолевых клеток. В отличие от обычных морфологических методов подобные исследования дают возможность определить пролиферативную активность клеточной популяции опухоли и характеризовать состояние ядра как наиболее радиопоражаемого компонента клетки.

Методы определения митотического режима и содержания ДНК в ядрах клетки использованы нами для сравнительной оценки лучевого патоморфоза раковых опухолей гортани, полости рта и верхней челюсти, леченных фотонным источником (5 случаев) и сочетанным нейтронно-фотонным способом (6 случаев) в рад-эквивалентных дозах. Больных до операции облучали на циклотроне У-120 конструкции Томского политехнического института (средняя энергия 6 МэВ) и на бетатроне 25 МэВ по схемам, принятым в институте, СОД-40 Гр. Операцию проводили через 10-14 дней после окончания лучевой терапии. Материал в течение первых 30 мин после забора фиксировали в 10 % формалине, заключали в парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, а также по Фельгену. Оценка содержания ДНК производили на микроскопе - фотометре ЛОМАН-ИЗ.

Анализ митотического режима опухолей показал, что в группе с сочетанным облучением имелся ряд статистически достоверных отличий от группы с фотонным облучением. К ним относятся снижение митотического индекса, характеризующего удельный вес делящихся клеток, число нормальных митозов, нарастание уровня патологических митозов. При сопоставлении стадий нормального митоза выявлено некоторое относительное увеличение числа клеток, вступающих в митоз (прометофаза). Среди патологических форм обращало на себя внимание отсутствие митозов, обуславливающих ануплоидию клеток, т.е. происходило смещение форм митоза в сторону летальных; при сочетании преобладали такие варианты, как рассеивание и фрагментация хромосом, асимметричный митоз, К-митоз.

Эти данные согласуются с результатами исследования содержания ДНК в ядрах опухолевых клеток, полученными на тех же препаратах, окрашенных по Фельгену. Для всех видов лучевого лечения характерно перераспределение гранул ДНК-фуксина, преобладание ядер с мелкими равномерно диспергированными гранула-

ми ДНК-фрагмента. В материале, облученном сочетанным способом, основными формами повреждения ядер были деформация, карипикноз и кариолизис.

В результате предоперационного курса фотонной терапии отмечено нерезкое снижение содержания ДНК в ядрах опухолевых клеток /  $(0,320 \pm 0,05)$  оп.ед., в контроле  $(0,369 \pm 0,04)$  оп.ед./ . Количество клеток с плоидностью выше 5 с возросло до 70 % (в контроле 53 %). Индекс накопления ДНК по Автандилову (1962) составил 4,6 (в контроле 4,3).

Предоперационная терапия сочетанным способом вызывала снижение содержания ДНК в ядрах опухолевых клеток до  $(0,266 \pm 0,005)$  оп. ед., а количество клеток с плоидностью выше 5 с - до 3 %. Индекс накопления ДНК равнялся 2,96. Для этой группы характерно однообразие значений в каждом препарате в отличие от группы с фотонным облучением.

Таким образом, методы определения митотического режима и содержания ДНК в ядрах, являясь объективным критерием оценки степени лучевого повреждения опухолевых клеток, значительно повышают чувствительность морфологических исследований и дают возможность сравнивать радиационный эффект на уровне, недоступном традиционной морфологии. Установленные качественные и количественные различия в изменениях клеток опухоли после облучения фотонным и нейтронно-фотонным способами в рад-эквивалентных дозах, по-видимому, связаны с особенностью внутритканевого распределения ионизирующего облучения, свойственного нейтронному компоненту.

УДК 615.849.12:616-006

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ БЫСТРЫМИ НЕЙТРОНАМИ РАДИОРЕЗИСТЕНТНЫХ  
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Л.И. Мусабаева

г. Томск

За последние годы в стране ведется интенсивное освоение нового метода лечения онкологических больных - дистанционной нейтронной терапии на исследовательских реакторах и циклотронах. В НИИ онкологии Томского научного центра АМН СССР научные исследования эффективности быстрых нейтронов проводятся с 1960 г., при этом лучевая терапия быстрыми нейтронами на циклотроне У-120 - в течение последних 5 лет. Пройдены этапы клинического освоения и апробации нейтронной терапии онкологических больных преимущественно местно-распространенными формами злокачественных новообразований.

В настоящее время выполняется комплексная тема по разработке методов лечения злокачественных опухолей с применением быстрых нейтронов энергией 6,3 МэВ (1986-1990 гг.). Клиническими моделями для изучения эффективности быстрых нейтронов избраны опухоли головы и шеи, опорно-двигательного аппарата.

Показанием к применению нейтронного излучения у онкологических больных являлось наличие факторов клинической радиорезистентности опухолей: большой объем первичной или метастатической, ранее нелеченной опухоли; остаточные новообразования после комбинированного или лучевого лечения; рецидивы опухолей. В соответствии с разработанными показаниями лучевая терапия быстрыми нейтронами проведена у 230 больных в самостоятельном варианте, в сочетании с фотонным излучением, а также в плане комбинированного лечения.

Проведенные исследования определяли параметры клинического применения низкоэнергетического пучка быстрых нейтронов с энергией ~ 6,3 МэВ у больных с радиорезистентными формами опухолей. Данные клинических испытаний показали, что эффективность терапии быстрыми нейтронами находится в зависимости от исходного

размера патологического очага, как и при фотонной лучевой терапии. Полученные данные свидетельствовали о том, что интенсивность процесса реоксигенации опухоли при нейтронной терапии была выше в первой половине курса, чем во второй, что подтверждало общий характер выявленной закономерности для фракционированных режимов облучения. Сопоставление реакции опухолей различного морфологического строения при нейтронном воздействии позволило разработать дифференцированный подход к лечению быстрыми нейтронами злокачественных новообразований области головы и шеи и опорно-двигательного аппарата. Изучение эффективности сочетанного курса нейтронно-фотонной терапии у больных с опухолями головы и шеи показало зависимость результатов от величины вклада нейтронного излучения в суммарную очаговую дозу. Выявленное повреждающее действие нейтронного излучения на опухоль и нормальные ткани было отмечено и при изучении лучевого патоморфоза.

Проведенный анализ поздних лучевых повреждений у больных опухолями головы и шеи позволил определить степень радиационного повреждения нормальных тканей и критических органов в сопоставлении с величиной поглощенной дозы быстрых нейтронов в облучаемом объеме тканей. Средняя продолжительность безрецидивного периода у больных с полной регрессией опухоли после нейтронной, сочетанной и стандартного курса фотонной терапии составляла соответственно 24, 18,5 и 5,5 мес.

Нами обсуждаются вопросы применения нейтронного излучения для отдельных локализаций злокачественных новообразований.

УДК 616.22-006.6-089.17

## ПРОГРАММНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

В.Ф.Мус

г. Ленинград

Целью работы является разработка стандартизованных методик лучевого и комплексного лечения больных раком легкого.

За основу при составлении программы лечения взяты данные, характеризующие патологический процесс и состояние организма, которые получены при обследовании больных общедоступными методами. К ним кроме общепринятого клинического обследования относятся рентгенологическое (рентгенограммы в 3 проекциях и томография) и бронхоскопическое обследование с обязательным забором материала для морфологической верификации опухоли. При периферических или медиастинальных формах рака материал для морфологического исследования получают при трансторакальной пункции. При выборе схемы лечения для каждого конкретного больного учитываются морфологический тип и степень дифференцировки опухоли, распространенность процесса, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, характер предшествующего лечения и наличие синдрома "верхней полой вены". Все программы включают в себя лучевую терапию как основной метод лечения и отличаются друг от друга суммарными поглощенными очаговыми дозами, наличием или отсутствием общих противоопухолевых воздействий (субтотального - СТТ, или тотального облучения тела - ТТ, или химиотерапии) и последовательностью воздействия.

Лучевая терапия проводится на высокоэнергетических аппаратах в статическом режиме с 2 встречных больших полей сложной конфигурации с включением в объем облучения первичного очага и путей регионарного лимфооттока (т.е. всей локорегионарной зоны) при обычном фракционировании дозы. Суммарные очаговые поглощенные дозы при этом составляют 48-50 Гр. При проведении лечения по радикальной программе дальнейшее облучение очага проводится с отдельного уменьшенного поля до суммарных очаговых доз 60-70 Гр. Лучевая терапия проводится на фоне метаболической радио-

сен

соч

все

бол.

обы

лил

у 9

дик

ти

рых

щеп

рше

перв

торя

цель

У пол

личн

появ

забол

ших п

них я

вали

лись

больн

радика

отмеча

объем

ничиве

Оп

больн

читель

особен

бом ра

сенсбилизация. Они неспецифическими препаратами.

При низко- и недифференцированных опухолях лучевое лечение сочетается с общим противоопухолевым воздействием. На протяжении всего лечения больным проводится поддерживающая терапия.

Применение нами стандартных схем обследования и лечения 98 больных раком легкого показало реальность их выполнения в полном объеме. Строгое соблюдение требований при отборе больных позволило получить положительный объективный или субъективный эффект у 90 % больных. При этом ни разу лечение, проводившееся по радикальной программе, не было прервано из-за плохой переносимости лечения или кровотечения. Наоборот, у части больных, у которых из-за сопутствующей патологии планировалось лечение по расщепленному курсу, оно было продолжено без перерыва на фоне хорошего общего самочувствия и положительной динамики со стороны первичного очага.

Наибольшее число неудач в лечении связано с больными, у которых проводился курс специфического лечения с паллиативной целью или по поводу низко- или недифференцированных форм рака. У половины больных этих групп лечение было прекращено на различных этапах или из-за ухудшения общего состояния, или из-за появления специфического плеврита, распада или прогрессирования заболевания.

Несмотря на применение при проведении лучевой терапии больших полей, число лучевых реакций не увеличивается. Основными из них являются эзофагиты и пульмониты, которые однако не потребовали перерыва в лечении или его прекращения и быстро купировались консервативными мероприятиями. Дальнейшее наблюдение за больными в течение года показало, что, несмотря на подведение радикальных доз, развитие постлучевых фиброзов легочной ткани отмечается у них довольно редко (0,1). Это обусловлено тем, что объем легочной ткани, включаемый в зону облучения, строго ограничивается.

Опыт применения стандартных методов обследования и лечения больных раком легкого указывает на то, что их использование значительно облегчает выбор схемы лечения с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и реализация их возможна в любом радиологическом отделении.

УДК 616.33-006.6-089+615.28

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВЫХ СХЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО И КОМПЛЕКСНОГО  
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ

D. В. Мурованная

г. Томск

Лекарственное лечение распространенных форм рака желудка в настоящее время имеет низкую эффективность. С целью увеличения степени регрессии опухоли и продолжительности жизни больных раком желудка представляет интерес изучение новых схем комбинированной химио- и химиоиммунотерапии, сочетания лекарственной терапии с паллиативным хирургическим лечением.

В клиниках НИИ онкологии ТНЦ АМН СССР изучена противоопухолевая активность различных схем лекарственного и комплексного лечения у 151 больного раком желудка IV ст. Среди больных, включенных в исследование, было 98 мужчин и 53 женщины в возрасте от 33 до 70 лет. После морфологической верификации диагноза и оценки распространенности опухолевого процесса все больные были распределены на 5 групп. I-я и 2-я группам больных проводилось лечение 5-фторурацилом или фторафуром. 3-я группа пациентов получала лечение по оригинальной схеме комбинированной химиотерапии фторафуром, винкристином, натуланом (схема ФОВ). У 4-й группы больных химиотерапия по схеме ФОВ была дополнена назначением иммуномодулятора амфотерицина В. Схема комплексного лечения (5-я группа пациентов) включала паллиативные оперативные вмешательства (резекцию желудка или гастрэктомия) и послеоперационную химиотерапию по схеме ФОВ.

При изучении непосредственных результатов лекарственного лечения отмечено, что противоопухолевая активность комбинированной химиотерапии по схеме ФОВ была заметно выше, чем монохимиотерапии, и наблюдалась у 13 (43 %) из 30 пациентов. В то же время у больных, получавших монохимиотерапию 5-фторурацилом или фторафуром, частичная регрессия опухоли зарегистрирована у 6 (20 %) из 30 и у 6 (21 %) из 28 соответственно. При применении химиоиммунотерапии (ФОВ + амфотерицин В) получены еще

более  
ная  
ростр  
П  
миоте  
химио  
де ра  
ратим  
нение  
ные р  
е  
В суд  
н  
миоте  
н  
ческо  
ай  
ческу  
Б  
ух  
распр  
го  
лекар  
в груп  
ас  
6,4 %  
оз  
тическ  
е  
лечен  
ов  
25 и 3  
ди  
состав  
Пр  
что па  
на  
сущес  
ис  
раком  
е  
послед  
до 46 %  
Пр  
ного и  
зовани  
ростран

более обнадеживающие непосредственные результаты. Так, частичная регрессия опухоли отмечена у 15 (54 %) из 28 больных распространенным раком желудка.

При анализе побочных реакций вышеперечисленных режимов химиотерапии выявлено следующее. При проведении комбинированной химиотерапии по схеме ФОП (в сравнении с монохимиотерапией) чаще развивались диспепсические явления (тошнота и рвота) и обратимое угнетение кроветворения, но реже (в сравнении с применением 5-фторурацила) отмечалось развитие энтероколита. Побочные реакции лекарственного лечения по схеме ФОП + амфотерицин В существенно не отличались от таковых при комбинированной химиотерапии ФОП, однако надо отметить, что дополнение цитостатической терапии иммуномодулятором несколько снижало гематологическую токсичность.

В сравнительном аспекте была изучена выживаемость больных распространенным раком желудка при применении различных схем лекарственного и комплексного лечения. 2-летняя выживаемость в группе пациентов, получавших монохимиотерапию, составила 6,4 %, медиана времени жизни равнялась 9 мес. Отмечено статистически значимое увеличение выживаемости в группах пациентов, леченных по схемам ФОП и ФОП + амфотерицин В. Она равнялась 25 и 30 % соответственно. Медиана времени жизни в этих группах составила 14 и 17 мес.

При анализе результатов комплексного лечения было выявлено, что паллиативная гастрэктомия даже в комбинации с химиотерапией существенно не улучшала прогноз у больных с распространенным раком желудка. В то же время паллиативные резекции желудка с последующей химиотерапией увеличивали 2-летнюю выживаемость до 46 %.

Проведенный анализ клинического изучения режимов лекарственного и комплексного лечения показывает перспективность использования новых схем химио- и химиоиммунотерапии у больных распространенным раком желудка.

УДК 547.93:616.345-006.6

## УРОВЕНЬ ЭКСКРЕЦИИ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ И РИСК

## РАЗВИТИЯ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Г.Г.Немсадзе, Б.А.Мосидзе

г. Тбилиси

Данное исследование предпринято с целью проверки эпидемиологической гипотезы о роли желчных кислот в возникновении и развитии опухолей толстой кишки и значения в этом процессе не только факторов внешней среды, но и эндокринно-обменных нарушений.

Методом тонкослойной хроматографии определили уровни желчных кислот в фекалиях у 192 больных раком и 45 больных аденоматозными полипами ободочной и прямой кишок после 10-12-дневной идентификации диеты. Контрольную группу составили 40 больных неопухольными заболеваниями толстой кишки и 50 здоровых лиц. Определялись уровни как первичных (холевая и хенодезоксихолевая), так и вторичных (дезоксихолевая и литохолевая) желчных кислот.

Средняя концентрация желчных кислот в фекалиях, как суммарных так и вторичных, была более высокой среди больных раком и аденоматозными полипами толстой кишки, чем у больных неопухольными заболеваниями толстой кишки и здоровых лиц. При этом уровни экскреции желчных кислот у больных колоректальным раком оказались несколько выше /  $(9,4 \pm 2,3)$  мг на грамм сухой массы фекалий /, чем у пациентов аденоматозными полипами толстой кишки /  $(8,9 \pm 1,9)$  мг на грамм/. По существу не отмечено различий в экскреции желчных кислот при неопухольных заболеваниях толстой кишки и у здоровых лиц /  $(6,1 \pm 1,8)$  и  $(5,8 \pm 1,4)$  мг на грамм /. Наиболее высокие уровни экскреции желчных кислот при аденоматозных полипах и раке толстой кишки выявлены у женщин в возрасте 46-59 лет /  $(11,2 \pm 1,9)$  мг на грамм /, что совпадает с периодом наиболее выраженных гормонально-метаболических сдвигов женского организма.

Учитывая вышеизложенное, можно заключить: больные раком и

экто  
резе  
фари  
заци  
опух  
роти  
внеш  
после  
но сл  
раке  
следу  
диагно

аденоматозными полипами толстой кишки характеризуется повышенной экскрецией желчных кислот, что может указывать на патогенетическую однородность развития этих новообразований, а повышенные экскреции желчных кислот при этом - существенно важное звено в реализации канцерогенного эффекта. Экскреция желчных кислот у человека зависит не только от факторов питания, но непосредственно связана с гормонально-метаболическими особенностями организма. В пользу этого положения свидетельствует установленное нами (при идентификации диеты) статистически достоверное повышение содержания желчных кислот в фекалиях у женщин в возрасте 46-59 лет. Выявленные закономерности, по нашему мнению, создают принципиально новые подходы к формированию групп повышенного риска заболеваемости опухолями толстой кишки.

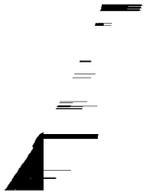
УДК 616.22-006.6-089.17

ФУНКЦИОНАЛЬНО-СОХРАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ  
ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ III-IV СТАДИЙ

В.О.Ольшанский, П.Г.Битюцкий, Е.И.Трофимов,  
Р.Е.Кузеев

г. Москва

Методом выбора при раке гортани III-IV ст. является ларингэктомия; при раке гортаноглотки - ларингэктомия с циркулярной резекцией глотки и шейного отдела пищевода и оформлением орофарингоэзофагостом. При ранних стадиях рака указанных локализаций удаляются ограниченные фрагменты этих органов, пораженных опухолью, и их реконструкция не составляет большого труда. Напротив, при раке гортани и гортаноглотки III-IV ст. хирургические вмешательства требуют удаления большей части этих органов, и последующее закрытие образующихся дефектов является чрезвычайно сложной задачей. Выполнение органосохранных операций при раке гортани и гортаноглотки III-IV ст. является возможным при следующих условиях: I) использовании современного комплекса диагностических средств для оценки распространенности опухоли;



2) разработке новых подходов к решению проблемы реконструкции;  
3) обосновании функционально-сохранной хирургии путем оценки радикальности предложенных операций и их функционального эффекта.

В данной работе подготовлены материалы наблюдений за 230 больными раком гортани (T<sub>3</sub>HO - у 193; T<sub>4</sub>HOHO - у 19; T<sub>3-4</sub>HI-2 - у 18) и за 56 больными раком гортаноглотки (T<sub>3</sub>HO - 7; T<sub>4</sub>HO - 19; T<sub>3-4</sub>HI-2 - 30).

Нами разработаны оригинальные хирургические вмешательства при хирургическом лечении рака гортани III-IV ст. При поражении вестибулярного отдела гортани с распространением опухоли на язычные валекулы и корень языка пластика операционного дефекта производится за счет использования передних мышц шеи, отсеченных от тела подъязычной кости непосредственно у места их прикрепления и уложенных в виде мышечного жома. При распространении опухоли на черпаловидный хрящ выполняется его реконструкция с использованием фрагмента большого рожка щитовидного хряща на мышечной ножке. При поражении 3 отделов гортани - оперативные вмешательства с использованием трубчатых эндопротезов из полимерных материалов. При распространении опухоли на подскладочный отдел - нижний вариант резекции гортани, а также использование дуги перстневидного хряща и др.

Проводилось комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией. Оценивая 3-летние результаты, следует отметить, что без рецидива и метастазов наблюдается 60,1 % больных. Эти данные соответствуют тем, которые опубликованы в отношении ларингэктомированных больных. Однако в отличие от этой калечащей операции голосовая функция была сохранена у 93,4 %, зажитная - у 87,8 % и деканализовано 73,5 % больных раком гортани.

При разработке функционально-щадящих операций у больных раком гортаноглотки нами был отвергнут постулат, согласно которому лимфосистема гортани и глотки представляет единую систему, что требует тотального удаления этих органов. Проведенные наблюдения обосновали целесообразность сохранения слизистой оболочки грушевидного синуса непораженной стороны и использования ее для пластического восстановления глотки. В отделении разработана методика одномоментной реконструкции гортани и гортаноглотки; разработана также операция по наложению прямого ана-

то  
ве  
щеци  
49глас  
фун

нос

У с

нос

вос

тра

раз

ния

бол

УД

ных

лей.

четак

ка яс

радио

алазо

филак

преде

томоза пищевода и ротоглотки за счет мобилизации корня языка и верхнегрудного отдела пищевода. Изучение кровоснабжения перемещенных лоскутов было изучено в эксперименте на собаках.

Оценивая онкологическую радикальность предложенных операций, можно констатировать, что 3-летняя выживаемость составила 49,5 %. В тех случаях, когда выполнялась резекция гортани и глотки с последующей реконструкцией этих органов, голосовая функция восстановилась у 61,8 % больных; восстановление целостности пищевода функции гортаноглотки отмечено у 91,2 %. У больных после ларингэктомии с резекцией гортаноглотки целостность пищевода пути одноэтапно с радикальной операцией восстановлена у 91 %. Сроки лечения по сравнению со сроками традиционных методов хирургического лечения сокращались в 6-7 раз.

Приведенные данные обосновывают целесообразность выполнения функционально-сохраняющих операций у этой тяжелой категории больных.

УДК 615.849.114:616-006-089.163

**РАДИОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ И КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ  
ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОКРАТНОГО ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО  
ОБЛУЧЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Г.А.Паньшин, Е.В.Хмелевский**

**г. Москва**

В настоящее время продолжают активные поиски оптимальных вариантов комбинированного лечения злокачественных опухолей. Известно, что основной задачей лучевой терапии при ее сочетании с хирургическими методами лечения является профилактика локальных и регионарных рецидивов заболевания. Анализ ряда радиобиологических моделей показал, что однократная доза в диапазоне 7-8 Гр является, с одной стороны, достаточной для профилактики имплантационных рецидивов и, с другой - близка к предельно безопасной в отношении вероятности возникновения лу-

ческих повреждений со стороны легочной ткани, почек, кишечника. Известно, однако, и то, что для профилактики регионарного рецидива нередко требуется подведение значительно большей очаговой дозы, что является предпосылкой для использования в этих случаях фракционированного облучения.

В течение ряда лет мы применяем в условиях клиники дифференцированный подход к профилактике локальных и регионарных рецидивов. Однократное предоперационное облучение с очаговой дозой 7,5 Гр, дополняемое при наличии регионарных метастазов прицельным послеоперационным облучением зон регионарного лимфооттока, проведено 230 больным операбельным раком молочной железы, толстой кишки, легкого, почки (в основном T<sub>2-3</sub>N<sub>0-1</sub>M<sub>0</sub>ст.). В качестве источника излучения применялся ускоритель, генерирующий тормозное излучение энергией 25 МэВ и быстрые электроны 10-22 МэВ.

Особенностью однократного предоперационного облучения являлось то, что вне зависимости от локализации опухоли в зону облучаемых тканей включалась вся область операции. Интервал между лучевой терапией и оперативным вмешательством не превышал 24 ч. Послеоперационная лучевая терапия проводилась до суммарных очаговых доз 40-50 Гр в классическом режиме фракционирования.

При гистологическом и электронно-микроскопическом исследовании операционного материала установлено (Г.А. Галил-Оглы, Я.А. Ингберман), что одним из наиболее характерных признаков лучевого патоморфоза после однократного облучения с указанной дозой является обструкция микроциркуляторного русла, которая, препятствуя диссеминации опухолевых клеток во время операции, может наряду с прямым лучевым повреждением последних способствовать уменьшению вероятности имплантационного рецидива.

Все пациенты прослежены не менее 1 года (12-96 мес, медиана 34 мес). Локальных рецидивов не выявлено. В то же время у 2 больных отмечено появление регионарного рецидива.

Целесообразность применения предлагаемой методики комбинированного лечения при раке молочной железы не вызывает сомнения, и в то же время оценка ее перспективности при раке толстой кишки, легкого, почки требует более длительных сроков наблюдения.

УДК

в к  
зы.  
уме  
цион  
знач  
абил  
реко  
ся п  
зы,  
разл  
ципи  
разр  
ной  
вани.  
СМФ  
мето  
фосф  
выпо  
цион  
тавшу  
рован  
после  
сов  
Сроки  
ния р

УДК 618.19-006-069.17

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ  
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В.Пушкарёв, А.Т.Адамян, Е.М.Слонимская

г. Томск

Хирургический метод лечения является одним из определяющих в комплексе лечебных мероприятий у больных раком молочной железы. За последние 15 лет отмечается устойчивая тенденция к уменьшению объема оперативного вмешательства, выполнению функционально-щадящих и даже органосохраняющих операций, которые значительно улучшают качество жизни больных, их социальную реабилитацию, предоставляют хорошие возможности для выполнения реконструктивных операций. С 1987 г. разработана и апробируется программа комплексного лечения больных раком молочной железы, где в качестве хирургического вмешательства используются различные варианты органосохраняющих вмешательств.

Целью проводимого исследования является определение принципиальной возможности выполнения органосохраняющих операций и разработка показаний и противопоказаний для использования данной методики при лечении больных с различными стадиями заболевания.

Лечение начинается с предоперационной химиотерапии по схеме CMF: 1,8-й дни - 5-фторурацил по 1000 мг в/в до С.Д. 2000 мг, метотрексат - по 40 мг в/в до С.Д. 80 мг; 1-14-й дни - циклофосфан по 200 мг (ежедневно) в/м до С.Д. 2800 мг. На 2-м этапе выполняется квадрантэктомия с лимфаденэктомией. В послеоперационный период проводится лучевая терапия С0Д - 50 Гр на оставшуюся часть молочной железы и зоны регионарного метастазирования, исключая подмышечную область со стороны поражения, с последующей адьювантной химиотерапией в режиме CMF до 6 курсов в течение 1,5 года.

В настоящее время по этой программе пролечено 29 больных. Сроки наблюдения составляют от 3 мес. до 2 лет. Случаев появления рецидивов, метастазов опухоли или летальных исходов не от-

менено. Хорошие функционально-косметические результаты получены у 85 % больных.

УДК 615.849.19:616-006

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО  
ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ**

**В.И.Рыков, О.М.Карпенко, Р.К.Кабисов, В.И.Атроценко**

**г. Москва**

В течение длительного периода основной причиной, препятствующей применению в онкологии низкоэнергетического лазерного излучения, являлась его выраженная биостимулирующая активность. Проведенные нами ранее экспериментальные исследования влияния гелий-неонового излучения (длина волны - 633 нм, максимальная выходная мощность - до 10 мВт, плотность мощности - до 2 мВт/см<sup>2</sup>, экспозиция - 3-5 мин) и лазерного излучения на красителях (длина волны - 585 нм, частота - 1 Гц, энергия импульса - 4-7 Дж, площадь светового пятна - от 0,75 до 12 см<sup>2</sup>, количество импульсов на световое поле - 200) на опухолевый рост показали отсутствие стимулирующего эффекта. Не было отмечено ускорения роста опухоли, процессов метастазирования, уменьшения сроков жизни животных.

Целью данного исследования явилось изучение влияния низкоинтенсивного лазерного излучения - 633 и 585 нм на течение раневого процесса в послеоперационный период, в том числе и у больных, прооперированных с помощью лазерного излучения (120 больных), а также в комплексном лечении онкологических больных различного профиля (43). Предварительный анализ клинических данных показал, что использование лазерного излучения с длиной волны 585 нм обладает хорошо выраженным противовоспалительным эффектом, который проявляется наиболее отчетливо в первой фазе течения лазерной раны, независимо от размеров, локализации и т.д.

Квантовая терапия осложнений комбинированного лечения он-

кологический больных оказалась результативной. Предварительная клиническая оценка данных позволила заключить, что эти результаты обусловлены противовоспалительным и трофическим действием. Этим достигалось более эффективное проведение этапа лечения и реабилитации больных. Наряду с широко используемой лазерной медицинской аппаратурой на гелий-неоне в отделении физических методов лечения опухолей МНИОИ им. П.А.Герцена апробируется новая аппаратура-установка лазерная ДЛН-402М (длина волны 585 нм). Использование этого вида лазерного излучения является наиболее целесообразным, по нашему мнению, в клинической онкологии.

УДК 616-006-06

### ДЕТОКСИКАЦИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В.А.Семенченя, О.А.Галкина

г. Саратов

У значительной части онкологических больных в той или иной степени выражены симптомы эндогенной интоксикации, обусловленной нарушением белкового обмена, преобладанием катаболических реакций, накоплением в крови и тканевых депо комплекса метаболитов и эндотоксинов, количество которых увеличивается при распаде опухолевой ткани, особенно на фоне химиолучевого лечения, при осложнениях послеоперационного периода. Поэтому детоксикационная терапия является важным звеном в комплексе лечебных мероприятий.

В своей работе мы оценивали степень интоксикации на основании клинических симптомов, данных лабораторных исследований, в том числе подсчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации, определяли уровень средномолекулярных токсических веществ.

Арсенал детоксикационной терапии в последние годы расширился за счет сорбционных методов - энтеро- и гемосорбции. Показаниями к проведению гемосорбции являлись: осложнения хирургического лечения (перитонит, сепсис, печеночно-почечная недостаточность); механическая желтуха при опухолях билиопанк-

пнатодуоденальной зоны; выраженные симптомы опухолевой интоксикации; высокий уровень циркулирующих иммунных комплексов, применяемых как метод деблокирующей терапии.

Выполнено 85 сеансов гемосорбции у 57 больных. Перитонит является основной причиной летальности в ранний послеоперационный период после хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Гемосорбцию проводили в I-е сутки после релaparотомии, а при сохранении симптомов интоксикации - и в последующие дни. У всех больных непосредственно после гемосорбции отмечался выраженный клинический эффект: улучшалось общее состояние, уменьшалась тахикардия, снижалась температура тела, отмечалось снижение лейкоцитарного индекса интоксикации и уровня среднемолекулярных токсических веществ. Продолжительность клинического улучшения и исход были различны. Гемосорбция оказалась эффективной лишь тогда, когда во время повторного вмешательства удавалось устранить причину интоксикации.

Наиболее частым осложнением опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны является механическая желтуха. Считается целесообразным проведение гемосорбции у данного контингента больных в предоперационный период за 1-3 дня до операции. Мы проводили гемосорбцию как до, так и после операции. Учитывая возможность холемического кровстечения, дозу гепарина уменьшали, а после проведения манипуляции вводили протаминсульфат. Больные отмечали улучшение состояния, исчезал или уменьшался кожный зуд. Уровень общего билирубина снижался, с учетом эффекта операции, в среднем на 39 % от исходного. Нами отмечен хороший эффект гемосорбции и у пациентов с осложнениями химиотерапии. Уменьшалась слабость, исчезали тошнота и рвота, улучшался аппетит, нормализовался сон.

Было проведено исследование уровня циркулирующих иммунных комплексов у 62 больных с доброкачественными и злокачественными опухолями различной локализации. Выявлена корреляция между уровнем ЦИК и стадией опухолевого процесса. Исследовали циркулирующие иммунные комплексы в динамике после гемосорбции и радикального лечения. У больных с механической желтухой и при осложнениях химиотерапии, а также у 5 пациентов с генерализованной стадией заболевания мы применяли энтеросорбцию.

Спыт внедрения современной детоксикационной терапии комплексном лечении онкологических больных пока невелик, однако положительные эффекты данного метода позволяют рекомендовать энтеро- и гемосорбцию для более широкого внедрения.

УДК 616.23/.24-006.6:617-0.89.844

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ  
ЛЕГКИХ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО - ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ  
НА ТРАХЕЕ

Э.В.Серя, А.В.Сидоров, Э.В.Морозова

г. Москва

Выполнение реконструктивно-пластических операций на трахее и ее бифуркации в настоящее время достигло высокой хирургической техники. В связи с этим возникла проблема проведения вентиляции при анестезиологическом обеспечении. Сообщения в литературе о применении методики вентиляции "шунт-дыхание" в период резекции трахеи или ее бифуркации во всех случаях подтверждены на практике, но при формировании трахеоларингеального, трахеотрахеального, трахеобронхиального анастомоза, когда вентиляция "шунт-дыхание" перемежается с паузами апноэ, данная методика не во всех случаях на сегодняшний день является оптимальной.

В хирургическом отделе МНИРРИ с 1984 г. при выполнении реконструктивно-пластических операций на трахее и ее бифуркации на хирургическом этапе - формирование трахеоларингеального, трахеотрахеального, трахеобронхиального анастомоза, а также при необходимости протезирования трахеи и ее бифуркации - применяется высокочастотная инъекционная искусственная вентиляция легких.

Хирургическое лечение трахеи и ее бифуркации выполнено в 362 случаях. Из них на 50 операциях, при наложении анастомоза, была использована высокочастотная инъекционная искусственная вентиляция легких. Операции выполнены в условиях многокомпонентной сбалансированной анестезии. Вопрос проведения вентиляции

при операциях по поводу опухолевых и рубцовых процессов трахеи и ее бифуркации решается заранее совместно с оперирующим хирургом, т.к. именно в зависимости от хирургической ситуации возникает необходимость видоизменения уровня стояния интубационной трубки, смены традиционной ИВЛ на вентиляцию "шунт-дыхание", применения высокочастотной искусственной вентиляции легких.

ВЧИВЛ осуществляется в условиях незамкнутого дыхательного контура, через стерильный подихлорвиниловый катетер с внутренним диаметром 3 мм. Дистальный отдел катетера проводится ниже уровня резекции трахеи хирургом. ВЧИВЛ проводится чистым кислородом с избыточным давлением 2-2,5-3 ата; использовали 2,5 ата в большинстве случаев. Частота дыхательных циклов от 130 до 180 в одну минуту, в основном использовали частоту 140 в минуту. Соотношение вдоха к выдоху 1:3; МОД от 10 до 14 л в минуту. Среднее время проведения ВЧИВЛ 39 мин 49 с.

К 30-й мин проведения ВЧИВЛ парциальное напряжение кислорода превышало физиологическую норму в среднем на 3,8%, при элиминации  $PCO_2$  ниже верхней границы физиологической нормы - в среднем на 8,2%. Это показывает достаточную оксигенацию крови к 30-й мин вентиляции /  $PO_2$  ( $93,5 \pm 5,2$ ) мм рт.ст.,  $PCO_2$  ( $48,7 \pm 1,6$ ) мм рт.ст./ . К 60-й мин проведения ВЧИВЛ параметры КОС артериализированной капиллярной крови достигали:  $PO_2$  ( $81 \pm 1,4$ ) мм рт.ст. при  $PCO_2$  ( $48,7 \pm 2,8$ ) мм рт.ст., что также подтверждает достаточную оксигенацию. После окончания формирования анастомоза (наложение швов на заднюю и боковые стенки и провизорных швов на переднюю стенку) инъекционный катетер убирается и проводится ИВЛ традиционным методом.

ВЧИВЛ делает операционное поле свободным для работы хирурга, создает полную неподвижность стенок трахеи, а это улучшает условия работы хирурга. Низкое внутритрахеальное и альвеолярное пиковое давление при применении ВЧИВЛ исключает значительную утечку газа в условиях дизгерметизации дыхательного контура, предупреждая альвеолярную гиповентиляцию. Низкое трансбронхиальное давление более благоприятно для кровоснабжения легкого груза, для соотношения вентиляции перфузии, оно снижает напряженность разноминеральной функции легкого и уменьшает

ри

ка

тр

зи

со

уд

да

кр:

/

св:

Во:

но:

ра:

не

по:

гд:

ни:

ме:

кр:

фу:

чел:

8:

аг:

нес:

мет:

пре:

сир:

риска после операций осложнений.

В реконструктивно-пластической хирургии трахеи и ее бифуркации проведение БЧИВЛ при формировании трахеоларингеального, трахеотрахеального, трахеобронхиального анастомоза, при протезировании трахеи и ее бифуркации является альтернативным способом проведения ИВЛ.

УДК 616-006.16-577.08-001.5

### РАЗРАБОТКА НОВЫХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ РАКА ВУЛЬВЫ

Д.С.Сидоренко, Т.И.Кучерова, Г.А.Неродо

г. Ростов-на-Дону

Известно, что злокачественные образования вульвы сопровождаются значительным нарушением функционального состояния эндокринных желез, приводящим к изменению баланса половых гормонов / Кривец Н.А., 1983; Неродо Г.А., 1986, 1988 /, которые, в свою очередь, играют большую роль в генезе опухолевого роста. Воздействия, направленные на центральную регуляцию эндокринного гомеостаза, могут существенным образом тормозить пролиферативные процессы в пораженном злокачественной опухолью органе.

В наших экспериментальных исследованиях была предпринята попытка воздействовать гормональными препаратами синеролом и гидрокортизоном на ядра гипоталамуса с целью подавления пролиферативной активности раковых клеток вульвы. Эксперименты были проведены на 128 белых, недлинейных половозрелых крысах-самках. Животным имплантировали в брюшную полость диффузионные камеры (ДК), содержащие трансплантаты рака вульвы человека. Операционный или биопсийный материал был получен от 8 женщин, больных этой локализацией рака. Гистологический диагноз у всех больных - плоскоклеточный рак с ороговением или неороговевающий. На 3-й день после имплантации камер животным методом субокципитальной пункции вводили в ликвор гормональные препараты. Интервал между введениями составлял 3-4 дня. Доза синестрола - 1 мг/кг, доза гидрокортизона - 0,125 мг/кг. Для

сравнения эти же препараты вводили внутримышечно (10 и 1,25 мг/кг соответственно), а также другие гормональные препараты - перитол через зонд в желудок - 5 мг/кг и эпиталамин внутрибрюшинно - 10 мг/кг.

Оценку действия вышеперечисленных препаратов проводили на основании морфологических измерений опухолевой ткани. Полученные результаты показали, что злокачественные клетки рака вульвы, культивируемые в ДК, обладают высоким пролиферативным потенциалом и сохраняют свои определенные гистоморфологические признаки, характерные для исходных раковых опухолей. Введение животным синестрола, гидрокортизона и перитола не оказывало системного влияния на рост злокачественных клеток трансплантатов. В то же время введение синестрола в ликвор стимулировало клеточное деление - наблюдалось значительное разрастание моно-слоя с образованием многослойных структур и активацией сфероидообразования. Введение животным в ликвор гидрокортизона, наоборот, вызвало торможение роста клеток, что проявилось в отставании роста опытных культур по сравнению с контролем, нарушением межклеточных связей, изменением формы ядер, их окраски и возникновением очагов некроза. Кроме того, необходимо отметить, что гидрокортизон в местах некроза вызывал стимуляцию роста соединительных клеточных элементов.

Интересные данные были получены при внутрибрюшинном введении эпиталамина, представляющего собой полипептидный экстракт из эпифизов крупного рогатого скота. В результате его двукратного введения произошло повышение реактивности инфильтрирующих опухоль лимфоцитов, что, вероятно, связано с активацией местного клеточного иммунитета.

Таким образом, на основании предварительных экспериментальных данных можно считать перспективным применение в комплексном лечении больных раком вульвы малых доз гидрокортизона, введенных в ликвор, тормозящих рост злокачественных клеток, а также дальнейшее изучение противоопухолевого эффекта эпиталамина.

УДК 618.19-096.С-085

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ (ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ)  
ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ  
РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.М.Слонимская, А.Т.Адамян, С.В.Пушкарёв  
г. Томск

Результаты лечения рака молочной железы за последние десятилетия остаются стабильными и практически потеряли тенденцию к улучшению. Неудачи объясняются поздним выявлением опухоли, распространенностью процесса, недостаточной эффективностью применяемых методик лечения. Это обуславливает необходимость пересмотра ряда ключевых тактических позиций и поиска новых направлений в лечебной стратегии за счет изменения режимов и схем лечения.

В комплексном лечении больных раком молочной железы все более прочные позиции занимает системная адъювантная химиотерапия. Одним из перспективных направлений является использование ее в предоперационный период. Целесообразность неоадъювантной химиотерапии объясняется влиянием на биологическую активность клеток как первичного опухолевого очага, так и отдельных субклинических метастазов, созданием благоприятных условий для проведения местно-регионарного лечения (лучевая терапия, радикальная мастэктомия), снижением вероятности метастазирования во время операционного стресса и возможностью прогнозирования чувствительности опухоли к последующей химиотерапии.

Целью исследования явилось изучение возможности использования неоадъювантной химиотерапии в комплексе лечебных мероприятий для больных раком молочной железы. Сравнительный анализ был проведен среди 200 больных, лечение которых начиналось с выполнения радикальной мастэктомии с последующей дополнительной химиотерапией, и 106 больных, получавших на первом этапе предоперационную химиотерапию.

Изучаемые группы были репрезентативными по основным клинико-морфологическим критериям. В исследование включались больные

с локальными и местно-распространенными формами опухолевого процесса в молочных железах, преимущественно с III ст. заболевания, исключая отечно-инфильтративную форму рака молочной железы. Всем больным выполнялись модифицированные радикальные мастэктомии с сохранением большой или обеих грудных мышц. Для проведения химиотерапии в пред- и послеоперационные периоды использовалась схема CMF в стационарном режиме. В среднем проводилось 6 курсов цитостатической терапии в течение 2 лет с учетом одного предоперационного.

Оценивались непосредственные и отдаленные результаты лечения. У 30 % больных после проведения предоперационной химиотерапии опухоль клинически перестала определяться, частичное уменьшение опухоли (25-75 %) зарегистрировано у 60 %, отсутствие эффекта отмечено в 10 % наблюдений. Выявлены при этом побочные реакции и осложнения не носили стойкого характера, легко купировались и не отодвигали сроков оперативного лечения. Уменьшение размеров первичного опухолевого очага и регионарных метастазов позволило у всех больных выполнить функционально-эстетичные радикальные мастэктомии, обеспечивающие хороший функционально-косметический эффект.

Частота и сроки появления рецидивов опухоли оказались одинаковыми в обеих группах. Метастазы диагностированы у 7 (6,6%) больных, получавших неoadьювантную химиотерапию, и у 25 (12,5%) с дополнительным лечением. Отмечается тенденция к снижению частоты метастазирования в группе больных с использованием неoadьювантной химиотерапии. Аналогичная картина наблюдается и при изучении продолжительности жизни без признаков рецидива и метастазов опухоли.

В настоящее время имеется возможность оценить результаты 3-летнего периода наблюдения. Из 106 больных, получавших неoadьювантное лечение, живы 98 (92,07 %) пациенток. Во 2-й группе из 200 больных к этому сроку погибло 32 женщины. Выживаемость составила 83,9 %. Выявленные различия оказались статистически значимыми ( $p < 0,05$ ).

Полученные благоприятные непосредственные и отдаленные результаты лечения позволяют положительно оценить опыт применения предоперационной химиотерапии для лечения больных раком

мо.  
УД  
ход  
цит  
ный  
нав  
ком  
тоди  
мия  
- у  
боль  
прог  
тера  
В ко  
лече  
боль  
0,05  
нах с  
жени  
ры. С  
тичес  
В  
мисси  
но. В  
15 %.

молодой жезы в клинической практике.

УДК 615.649.114

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ СТАДИЙ АГРЕССИВНЫХ  
НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ

В.М.Сотников, Г.А.Паньшин, А.М.Полянская

г. Москва

Наблюдался 91 больной с морфологически подтвержденной неходжкинской лимфомой: лимфобластный вариант - 36, пролимфоцитарно-лимфобластный - 25, иммунобластный - 20, гистиоцитарный и прочие варианты - 10.

Стадия заболевания по классификации Анн-Арбор (1971) устанавливалась на основании данных клинического обследования и комплекса стандартных рентгенологических и радиоизотопных методик, исследования костного мозга. Диагностическая лапаротомия не применялась. I ст. констатирована у 36 больных, II ст. - у 53. Симптомы интоксикации (стадия B) были выражены у 21 больного.

Основную группу составили 43 больных, которые лечились по программе: три цикла полихимиотерапии (АЦП, ЦОП), лучевая терапия, три цикла полихимиотерапии по первоначальной схеме. В контрольной группе (48 больных) проводилось только лучевое лечение. Группы не рандомизированы. В основной группе 72 % больных было со II ст. заболевания, в контрольной - 46 % ( $p < 0,05$ ). Методика лучевой терапии в основной и контрольной группах была идентичной. У 62 больных облучались только зоны поражения, у 29 - зоны поражения и смежные лимфатические коллекторы. Суммарные очаговые дозы составляли 40-60 Гр, при профилактическом облучении - 30-35 Гр.

В результате химиолучевого лечения получен 81 % полных ремиссий и 12 % частичных. У 7 % больных лечение было неэффективно. В контрольной группе: полные ремиссии - 75 %, частичные - 15 %, без эффекта - 10 %. Различия между основной и контроль-

ной группами недостоверны,  $p > 0,05$ . Средняя длительность полной ремиссии в основной группе - 41 мес, в контрольной - 24 ( $p < 0,05$ ).

Показатели выживаемости рассчитывались актуаральным методом. 5-летняя выживаемость больных основной группы составила 65 %, контрольной - 34 % ( $p < 0,05$ ); 5-летняя безрецидивная выживаемость - 55 и 25 % соответственно ( $p < 0,01$ ). 5-летняя выживаемость при IA ст. в основной и контрольной группах составила 89 и 44 % соответственно ( $p < 0,05$ ), 5-летняя безрецидивная выживаемость - 63 и 13 % соответственно ( $p < 0,05$ ). При ПАст. 5-летняя выживаемость в основной группе - 65 %, в контрольной - 22 % ( $p < 0,05$ ), 5-летняя безрецидивная выживаемость - 53 и 25 % соответственно ( $p > 0,05$ ).

При комплексном лечении достоверного улучшения отдаленных результатов вследствие расширения объема облучения выявить не удалось. 5-летняя выживаемость больных основной группы, которым проводилось профилактическое облучение смешных с очагами поражения лимфатических коллекторов, составила 81 %, при облучении только очагов поражения - 50 % ( $p > 0,05$ ), безрецидивная выживаемость - 60 и 49 % соответственно ( $p > 0,05$ ). В контрольной же группе профилактическое облучение достоверно улучшало отдаленные результаты. 5-летняя выживаемость составила 58 и 23 % ( $p < 0,05$ ), 5-летняя безрецидивная выживаемость - 55 и 7 % ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, при локальных стадиях агрессивных неходжкинских лимфом комплексное лечение, включающее цикловую полихимиотерапию в лучевую терапию, дает лучшие отдаленные результаты по сравнению с лучевым лечением. Эффект профилактического облучения наиболее четко выявляется при чисто лучевом лечении. Целесообразность включения профилактического облучения в программу комплексного лечения агрессивных неходжкинских лимфом нуждается в дальнейшем изучении.

УДК 618.19-006.6-065.Е49.12

**СОЧЕТАННАЯ ГАММА-НЕЙТРОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ  
РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

А.С.Сысоев, А.И.Изотова, А.И.Кузин, И.А.Гулидов  
г. Обнинск

Повышение эффективности лечения запущенных форм рака молочной железы остается одной из актуальных проблем современной онкологии. Так, по данным некоторых авторов, 5-летняя выживаемость при распространенности  $T_{3-4} N_{1-3}$  составляет всего 30-40 % / Бакимова А.К., 1985 /. Имеются сведения о том, что результаты лечения больных со злокачественными новообразованиями можно улучшить, используя быстрые нейтроны / *Cattler et al.*, 1986 /.

Целью настоящей работы явилась сравнительная оценка влияния радикального курса сочетанной гамма-нейтронной терапии на непосредственные и ближайшие результаты лечения больных с распространенными формами опухоли молочной железы.

Под нашим наблюдением находилось 43 больных раком молочной железы с  $T_{3-4} N_{1-3}$ . Из них 24 больные (основная группа) проведен курс сочетанной гамма-нейтронной терапии до суммарной очаговой дозы 52 Гр. Общий вклад нейтронов в суммарную очаговую дозу составил 20 % (ВДФ 95-100 ед.). Больных контрольной группы (19) облучали на гамма-установках традиционным методом до СОД 54-64 Гр (ВДФ 90-105 ед.). По возрасту, полу, морфологической верификации и другим показателям основная и контрольная группы отличались несущественно. Через I мес после проведения радикального курса лучевой терапии оценивали возможности оперативного вмешательства и при соответствующих показателях проводилась радикальная мастэктомия. Критериями оценки явились реакция опухоли и здоровых тканей, операбельность больных, послеоперационное течение и др.

Результаты наблюдений показали, что полная и более чем 50 % регрессия опухоли наступила у  $(71,6 \pm 6,80)\%$  больных, тогда как в контрольной группе она была лишь у  $(45,4 \pm 7,5)\%$ . У всех больных обеих групп после радикального курса развивался сухой

эпидермит, а у  $(39,1 \pm 7,4)$  % основной и  $(45,1 \pm 7,5)$  % контрольной появлялся влажный эпидермит. Из 24 больных, получивших сочетанную гамма-нейтронную терапию, прооперировано 23  $(95,9 \pm 3,0 \%)$ , тогда как из 19 пациенток, получивших гамма-терапию, прооперировано только 7  $(36,9 \pm 7,3 \%)$ ; следует отметить, что 3 больных этой группы отказались от оперативного вмешательства. После проведения радикальной мастэктомии у всех больных каких-либо осложнений не отмечалось, раны зажили первичным натяжением. В контрольной группе в течение I-го года умерли  $30,5 \pm 7,0$  % больных. Пациентки, получившие радикальный курс сочетанной гамма-нейтронной терапии, все живы, из них более года наблюдаются 10 человек, у остальных срок наблюдения менее I года.

Таким образом, проведенные исследования показали, что использование быстрых реакторных нейтронов в радикальном курсе лучевой терапии способствует выраженной регрессии опухоли у большого количества пациенток, при этом более чем в 2 раза повышается количество больных, которым возможно проведение оперативного лечения и, по-видимому, увеличивается выживаемость больных. Каких-либо дополнительных реакций и осложнений не выявляется.

УДК 616-006-089:615.28

### НОВЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В

ОНКОЛОГИИ

А.М.Сиркин

г.Новокузнецк

Хирургическое лечение, самостоятельное или в сочетании с лучевой терапией, вызывает излечение больных только с локальными формами злокачественных опухолей. Анализ отдаленных результатов одного радикального хирургического лечения больных злокачественными опухолями большинства локализаций показывает относительно малую его эффективность и отсутствие за последние

годы тенденции к увеличению выживаемости больных. Остается высокой смертность больных от рецидивов и метастазов после одного хирургического лечения.

Очевидна необходимость разработки дополнительных к радикальным операциям методов лечения. В экспериментах на животных показано, что применение противоопухолевых препаратов уменьшает число циркулирующих в крови клеток опухоли, может предотвращать развитие и излечивать микрометастазы. Проведенные контролируемые клинические исследования показали, что дополнительная химиотерапия улучшала отдаленные результаты хирургического лечения при раке молочной железы, лимфомах, опухолях яичка и некоторых других злокачественных новообразованиях.

На основании накопленного опыта по изучению роли различных методов лечения для предупреждения рецидивов и метастазов рака можно сформулировать следующие основные положения по проведению дополнительной химиотерапии после радикальных хирургических операций в онкологии.

1. Основным показанием к дополнительной химиотерапии после радикального хирургического лечения является высокий риск развития рецидивов и метастазов рака:

а) статистические данные о низкой выживаемости (5-летняя - менее 70 %) после радикальных операций при опухоли конкретной локализации, клинической стадии и морфологической структуры;

б) II клиническая стадия опухолей солидного типа, особенно с инфильтративной и эндофитной формой роста, с прорастанием опухоли поверхности органа, с множественными увеличенными регионарными лимфатическими узлами, с метастазами в удаленных регионарных лимфатических узлах;

в) I-II-III клинические стадии опухолей солидного типа недифференцированных или с низкой степенью морфологической дифференцировки, с высокой митотической активностью, с быстрым темпом удвоения размеров опухоли;

г) больные с I-II-III клиническими стадиями опухолей солидного типа, у которых в течение 2 и более месяцев после операции определяется высокий уровень опухолевых маркеров (РЭА, альфа-фетопротеин, хорионический гонадотропин и др.) и специфические

нарушения иммунологического статуса (низкая активность Т-лимфоцитов общих, Т-киллеров; высокий уровень активности Т-супрессоров, блокирующей активности, иммунных комплексов) без динамики к нормализации.

Молодой возраст больных (менее 40 лет) является фактором, отягощающим прогноз, свидетельствующим об особой злокачественности опухолевого процесса.

2. Для дополнительной химиотерапии предпочтительно применять комбинации препаратов, эффективные при распространенных формах опухоли той же локализации и гистологического типа (вызывают регрессию опухоли более 50 % не менее чем у 25 % больных). Монохимиотерапия возможна при высокочувствительных к ней опухолях, при сниженном гематологическом резерве и других сдерживающих сопутствующих процессах.

3. Начинать дополнительную химиотерапию нужно после ликвидации иммунодепрессии, связанной с хирургической травмой, т.е. через 4-6 нед после радикальной операции.

4. Дополнительная химиотерапия может проводиться амбулаторно, короткими повторными курсами с применением достаточных терапевтических доз противоопухолевых препаратов. Интервалы между курсами терапии не должны быть более 4-6 нед.

5. Общая продолжительность периода дополнительной химиотерапии может считаться достаточной в течение I года после радикальной хирургической операции. Более продолжительная однообразная дополнительная химиотерапия сомнительна по эффективности в подавлении микрометастазов, может привести к формированию резистентности в пострецидивный период, вызвать иммунодепрессию, подавить функции нормальных систем, ухудшить качество жизни, сократить выживаемость и способствовать развитию вторичных опухолей.

6. Для оценки эффективности дополнительной химиотерапии больные подлежат динамическому наблюдению. Оцениваются продолжительность безрецидивного периода и жизни, вид рецидива, причины смерти.

УД  
сим  
пер  
и т  
ных  
что  
ми  
лях  
тиви  
сва  
сте  
зол  
в в  
опу  
узь  
тазь  
метс  
сво  
ном  
жте  
I мр  
что  
кие  
фмол  
холя  
бель  
ве  
метс

УДК 615.357.631:616-006.81

## РЕЦЕПТОРЫ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ

Б.Б.Тайлаков, К.Д.Смирнова, Е.С.Герштейн,  
З.В.Кузьмина

г. Москва

Традиционно считается, что меланома является гормоннезависимой опухолью. Однако эпидемиологические, клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о том, что возникновение и течение этого заболевания находится под влиянием гормональных факторов, в частности стероидных гормонов. Общеизвестно, что действие стероидных гормонов опосредуется соответствующими специфическими рецепторами, поэтому определение их в опухолях позволяет судить о гормоночувствительности и найти объективные критерии для отбора больных на эндокринное лечение. В связи с этим нами определены рецепторы эстрогенов (РЭ), прогестерона (РП), глюкокортикоидов (РГ) и андрогенов (РА) в цитозолях опухолей 150 больных меланомой (61 мужчина и 89 женщин) в возрасте от 23 до 75 лет. У 58 больных исследованы первичные опухоли до лечения больного, 61 - метастазы в лимфатические узлы (29 больных не получали лечения), у 31 - рецидивы и метастазы в мягкие ткани после лечения.

Для определения рецепторов стероидных гормонов использован метод связывания меченого лиганда с последующим разделением свободного и связанного рецепторами стероида на активированном угле, покрытом декстраном. Опухоли считали рецептороположительными, если связывание  $^3\text{H}$ -гормона превышало 10 фмоль на 1 мг белка цитозоля.

При анализе полученных результатов всей группы выявлено, что наиболее часто встречаются РГ: в метастазах в лимфатические узлы в 74 % (43/58) случаев в количестве  $(74,4 \pm 7,9)$  фмоль/мг белка, в метастазах в мягкие ткани и в рецидивных опухолях в 64 % (18/28) случаев в количестве  $(77,5 \pm 14,2)$  фмоль/мг белка, в первичных опухолях в 39 % (22/57) случаев в количестве  $(52,5 \pm 9,7)$  фмоль/мг белка. РЭ присутствуют в 27 % (16/60) метастазов в лимфатические узлы в количестве  $(34,5 \pm 8,7)$

фмоль/мг белка, в 39 % (12/31) метастазах в мягкие ткани и рецидивных опухолей в количестве  $(47,0 \pm 9,2)$  фмоль/мг белка и в 21 % (11-53) первичных опухолей в количестве  $(45,2 \pm 13,8)$  фмоль/мг белка иттозоля. Частота обнаружения РП практически такая же, как и РЭ - 16,33 и 16 % соответственно, но среднее содержание почти в два раза ниже -  $(16,5 \pm 2,6)$ ,  $(23,7 \pm 3,8)$  и  $(27,5 \pm 11,8)$  фмоль/мг белка соответственно. Только лишь в 3,4 % (3/88) случаев обнаружены РА в количестве  $(29,3 \pm 18,9)$  фмоль/мг белка. Количество РГ в метастазах в мягкие ткани и рецидивах у мужчин в 2 раза выше, чем у женщин /  $(130,1 \pm 26,7)$  и  $(51,3 \pm 11,2)$  фмоль/мг белка,  $p < 0,05$  /. В метастазах меланомы в лимфатические узлы у больных, получивших лечение РГ /  $(92,1 \pm 10,5)$  фмоль/мг белка /, достоверно выше, чем у не-леченных /  $(63,9 \pm 8,9)$  фмоль/мг белка,  $p < 0,05$  /. При сравнении содержания РГ в первичных опухолях и в метастазах в лимфатических узлах после лечения также отмечается достоверное различие /  $(52,5 \pm 9,7)$  и  $(92,1 \pm 10,5)$  фмоль/мг белка соответственно,  $p < 0,05$  /. Количество РП в первичных меланомы мужчин /  $(58,9 \pm 43,7)$  фмоль/мг белка / выше, чем у женщин /  $(15,0 \pm 2,4)$  фмоль/мг белка /, однако различие недостоверно.

Наличие рецепторов стероидных гормонов в меланомы наводит на мысль о возможности использования гормональных препаратов, особенно глюкокортикоидов (поскольку РГ встречается часто и в больших количествах), в комплексной терапии меланомы.

УДК 616.33-006-085.015

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ  
ТЕЛЕГАММАТЕРАЛИ УКРУПНЕННЫМИ ФРАКЦИЯМИ

М.И.Талаев, Б.Н.Ковалев, Е.А.Сидорова, В.М.Антисимов

г. Иваново

Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка III ст. привели к поискам комбинированного лечения опухоли этой локализации. Накоплен определенный опыт комбинированного лечения рака кардиального отдела желудка /Колядок И.В., Дедков И.П., 1981; Чиссов В.И. с соавт., 1982; Вешалмадзе Л.А. с соавт., 1986; Столяров В.И. с соавт., 1987/. Усовершенствование методики разметки опухоли дало возможность применять предоперационную лучевую терапию и при раке антрального отдела и тела желудка.

С целью изучения эффективности предоперационной дистанционной гамма-терапии укрупненными фракциями в Ивановском областном онкологическом диспансере под руководством МНИОИ им. П.А. Герцена проведено рандомизированное исследование. Рандомизация осуществлялась по системе конвертов, содержащих указание о плане лечения. Если было определено комбинированное лечение, то проводилась предоперационная дистанционная гамма-терапия (источник облучения  $^{60}\text{Co}$ ). Использовались укрупненные фракции - очаговая доза 4 Гр ежедневно в течение 5 дней до суммарной дозы 20 Гр. В зону облучения включались: весь желудок, малый сальник, ворота селезенки, верхний край поджелудочной железы и парааортальные лимфатические узлы. Облучение проводилось с 2 противоположных полей: переднего и заднего, протяженностью 8-10 x 10-12 см, 10-12 x 12-15 см. Интервал между окончанием лучевой терапии и операцией составлял от 2 до 5 дней. При определении хирургического метода выполнялась только радикальная операция.

В соответствии с программой в течение 1980-1987 гг. изучено 243 больных, из них 120 получили только радикальное хирургическое лечение (I-я группа) и 123 - комбинированное (2-я

группа). 1-я и 2-я группы больных были одинаковы по возрасту, а также по локализации, патоморфологическим формам роста и стадиям опухоли. Мужчин было 157, женщин 66. Возраст больных: до 40 лет - 14, 40-49 лет - 32, 50-59 лет - 122, 60 лет и старше - 33. У больных, получивших комбинированное лечение, опухоли локализовались: в антральном отделе - у 89 (72,4 %), в теле желудка - у 18 (14,6 %), тотальное поражение органа - у 16 (13 %). Аналогичная локализация наблюдалась у больных, получивших радикальное хирургическое лечение: в антральном отделе - у 86 (71,7 %), в теле желудка - у 20 (16,7 %), тотальное поражение органа - у 14 (11,6 %). Патоморфологические формы роста и гистологическая структура опухоли в 1-й и 2-й группах были также одинаковыми: экзофитные опухоли - соответственно у 108 и 96, эндофитные - у 11 и 21, смешанные - у 3 и 4. Дифференцированная аденокарцинома - у 60 и 46, малодифференцированная - у 35 и 38 и недифференцированный рак - у 27 и 39. Метастазы в регионарных лимфатических узлах у больных 1-й группы были у 58 (48,3 %) и у больных 2-й группы - у 67 (54,4%). Стадии опухоли: II ст. была у 15 больных 1-й группы и у 13 больных - 2-й, III ст. - у 107 и 110 человек соответственно.

Субтотальная резекция желудка выполнена у 96 человек 1-й группы и у 91 - 2-й, гастрэктомия у 26 больных 1-й группы и 32 - 2-й. Перенес комбинированное лечение и выписан из стационара в удовлетворительном состоянии 121 человек. Умерли 2 больных на почве несостоятельности швов пищевода-кишечного анастомоза и кишечной непроходимости (послеоперационная летальность 1,6 %). Специфических воздействий, связанных с лучевой терапией, не наблюдалось. После радикального хирургического лечения выписано в удовлетворительном состоянии 116 человек, умерли 3 больных от перитонита на почве несостоятельности швов анастомоза и двенадцатиперстной кишки и 1 больной - от пневмонии (послеоперационная летальность 3,3 %).

Все больные, перенесшие комбинированное и хирургическое лечение, находятся под диспансерным наблюдением. Среди перенесших комбинированное лечение жили 1 год 110 из 121 больного (90,9 %  $\pm$  2,3 %), 2 года - 71 из 97 (73,2 %  $\pm$  3,7 %), 3 года - 52 из 111 (60 %  $\pm$  4,2 %), 4 года - 39 из 67 (58,4 %  $\pm$  4,25 %),

5 лет и более - 25 из 51 (49,1 %  $\pm$  4,4 %). После хирургического лечения жили 1 год - 97 из 116 больных (83,6 %  $\pm$  3,4 %), 2 года - 58 из 95 (61 %  $\pm$  4,5 %), 3 года - 30 из 76 (44,9 %  $\pm$  4,6 %), 4 года - 20 из 64 (39 %  $\pm$  4 %), 5 лет и более - 10 из 48 (31,2 %  $\pm$  4,2 %).

Анализ полученных результатов показывает, что комбинированное лечение достоверно ( $p < 0,001$ ) улучшает 5-летнюю выживаемость больных по сравнению с хирургическим.

УДК 615.28:615.37:616.33-006.6

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ФТОРАФУРОМ И ИМУНОМОДУЛЯТОР  
ПИРОГЕНАЛОМ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

В.И.Тихонов, П.С.Медведев, С.А.Тузиков, Н.А.Макаркин

г. Томск

Проанализированы результаты комбинированного и хирургического лечения 130 больных раком желудка II ст. Одна из схем комбинированного лечения включала предоперационную и пролонгированную послеоперационную химиотерапию фторафуром, проводимую циклами в течение 2 лет. Препарат в капсулах принимался внутрь 10 - дневными курсами по 20,0 препарата на курс с 1-2-месячными интервалами. Эта схема апробирована на 43 больных. Другая схема представляла собой комбинацию радикальной операции и иммуностимуляции пирогеналом в послеоперационный период. Введение пирогенала проводилось также в течение 2 лет 10-дневными курсами в возрастающих дозах от 20 до 2000 МПД с 1-3-месячными интервалами. По этой схеме пролечено 40 больных. Контрольную группу составили 47 радикально оперированных пациентов без дополнительного лечения.

По возрасту, локализации опухоли, гистологической форме и объему оперативного вмешательства сравниваемые группы не имели заметных отличий. Применение фторафура и пирогенала не вызвало серьезных осложнений и реакций у больных.

Отдаленные результаты прослежены у всех 130 человек. Сле-

дует отметить, что из больных контрольной группы ни один не пережил 2-летний срок, в то время как среди больных в группах, получавших дополнительно фторафур и пирогенал, отмечено смещение сроков фатальных исходов до 2,5-3 лет. Медиана выживаемости для больных, леченных комбинированными методами, составила  $(27 \pm 1,9)$  и  $(28,2 \pm 2,1)$  мес, в контрольной группе -  $(19,2 \pm 0,8)$  мес ( $p < 0,05$ ).

При анализе выживаемости больных по годам отчетливо прослеживается снижение ее величины уже в первое полугодие у пациентов, леченных только хирургическим методом, по сравнению с выживаемостью больных, получивших дополнительно химиотерапию и иммуномодулятор. Разница в 4-летней выживаемости между группами больных с комбинированным лечением и хирургическим достигает заметных величин: 18,5 и 16,7 % по сравнению с 3,6 % - и становится статистически достоверной ( $p < 0,05$ ).

Проведен анализ выживаемости больных в зависимости от различных характеристик опухоли и объема оперативного вмешательства. Отмечена более низкая выживаемость после гастрэктомий по сравнению с выживаемостью после субтотальных резекций, что объясняется большой распространенностью процесса, вынуждающей производить операции максимального объема. Не выявлено разницы в выживаемости при различных макроскопических формах опухоли и гистологическом строении. Установлено, что после гастрэктомий химиотерапия и иммуностимуляция достоверно увеличивает продолжительность жизни больных вне зависимости от наличия или отсутствия регионарных метастазов. После субтотальных резекций при отсутствии метастазов дополнительная терапия также увеличивает продолжительность жизни больных. При наличии же регионарных метастазов выживаемость во всех группах оказывается практически одинаковой. Вероятно, применяемая нами дополнительная терапия является профилактической и поражает только имеющиеся или разносимые по кровеносным и лимфатическим путям во время операции отдельные группы клеток или микрометастазы, предупреждая их инплантацию и прогрессирование опухолевого процесса. Следовательно, при выраженном регионарном метастазировании необходимо расширять границы оперативного вмешательства или применять в послеоперационный период более мощные дополнительные методы терапии.

УДК 616.22-006+612.018

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ  
ГОРТАНИ ПО СОСТОЯНИЮ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КОНЦЕНТРАЦИИ  
ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЁРОВ

К. Г. Филиппов

г. Обнинск

Многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями доказано, что эндокринно-обменные нарушения предшествуют возникновению злокачественных опухолей, а их выраженность в значительной степени определяет клиническое течение заболевания и эффективность проводимого лечения. Теоретически можно предположить, что комплексная оценка состояния гормонального фона у онкологических больных до лечения даст возможность с определенной степенью точности прогнозировать течение заболевания.

Нами была поставлена цель изучить возможность прогноза болезни у больных раком гортани до лечения по состоянию гормонального гомеостаза и содержанию опухолевых маркёров, для достижения которой данные о содержании гормонов и опухолевых маркёров 75 больных раком гортани обработаны на ЭВМ. В результате выделен комплекс наиболее информативных в прогностическом отношении гормонов и маркёров: трийодтиронин, тироксин, кортизол, РЭА и ферритин. Все больные наблюдались не менее 2 лет после радикального курса лучевого или комбинированного лечения и ретроспективно были разделены на 2 группы: 1-я (41 человек) - с благоприятным течением заболевания, 2-я (34 человека) - с диагностированным рецидивом опухоли или метастазами в регионарные узлы. Прогнозирование течения заболевания рассматривалось в данной работе как задача классификации. В качестве источников информации (переменных) принималось содержание вышеуказанных гормонов и опухолевых маркёров. Каждой переменной  $X_i$  найден соответствующий весовой коэффициент  $W_i$ , определяемый методом наименьшей среднеквадратичной ошибки таким образом, что сумма  $Y = \sum_{i=1}^n W_i \cdot X_i$  была положительной ( $Y > 0$ ) для больных с рециди-

ями и отрицательной ( $Y < 0$ ) при отсутствии рецидивов. Причем оказалось целесообразным (с точки зрения минимума числа ошибок) разделить больных на несколько областей (А, Б, В, Г) в зависимости от содержания тироксина в крови (нмоль/л): А - концентрация тироксина  $\leq 85,0$ ; Б -  $> 85,0$  и  $\leq 107,0$ ; В -  $> 107,0$  и  $\leq 130,0$ ; Г -  $> 130,0$ . В таблице приведены весовые коэффициенты для каждой из 4 областей.

Весовые коэффициенты трийодтиронина ( $W_1$ ), тироксина ( $W_2$ ), кортизола ( $W_3$ ), РЭА ( $W_4$ ) и ферритина ( $W_5$ ) в разных интервалах содержания тироксина ( $W_6$  - свободный член)

	А	Б	В	Г
$W_1$	1,602	-3	3,303	-0,228
$W_2$	-0,362	0,2764	$-4,3 \cdot 10^{-3}$	-0,184
$W_3$	$3,317 \cdot 10^{-4}$	$3,037 \cdot 10^{-3}$	$-1,225 \cdot 10^{-3}$	0,0115
$W_4$	27,966	-16,2233	19,035	35,896
$W_5$	0,0304	$-9,9764 \cdot 10^{-4}$	0,0183	0,0771
$W_6$	17,03	-24,2268	-7,651	8,885

Правильный результат прогноза получен для 68 из 75 больных, т.е. в 90,7 % случаев. По полученным данным разработана программа для ЭВМ для прогнозирования течения заболевания у больных раком гортани по исходному (до лечения) содержанию в крови комплекса гормонов и опухолевых маркеров.

Предлагаемый метод прогноза болезни у больных раком гортани дает возможность определить и применить наиболее оптимальную методику лечения у каждого больного конкретно, что не только повышает эффективность лечения больных раком гортани в целом, но и приносит значительный экономический эффект за счет сокращения сроков пребывания больного в стационаре.

УДК 616-006.6-063.277.3

### ГИДРАЗИНСУЛЬФАТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ В ДАЛЕКО ЗАШЕДШИХ СТАДИЯХ

В.А.Филов, М.Д.Гершанович, Л.А.Данова, Б.А.Ивин,  
Н.П.Дементьева, П.В.Брейвис, В.П.Рагайшене, И.В.  
Касьяненко, А.М.Лисица, С.С.Мицлин, Н.И.Курганова

г.г. Ленинград, Москва, Вильнюс, Киев, Ростов-на-Дону

Представлены результаты лечения гидразинсульфатом (ГС) 740 больных с распространенными формами, рецидивами и метастазами солидных опухолей различных локализаций, злокачественными лимфомами в генерализованных стадиях и рецидивами десмоидов с исчерпанными возможностями специфического лечения. ГС назначали внутрь в таблетках, содержащих 60 мг препарата, 3 раза в день в течение 30-45 дней; повторные курсы в том же режиме с интервалом 2-6 нед, в процессе лечения запрещался прием алкоголя и барбитуратов. Оценка результатов проведена по объективным критериям с учетом симптоматических, в том числе и субъективных, эффектов.

Регрессия опухолевых образований более чем на 50 % на срок не менее 1,5 мес отмечена в 6 (0,8 %) случаях (рак легкого, нейробластома, фибросаркома, рецидив десмоида, лимфогранулематоз). Регрессия до 50 % установлена у 25 (3,6 %) больных с различными солидными опухолями и лимфомами. У 47 больных (6,4 %) регрессия не превышала 25 %, что по существующим критериям позволяет отнести эти эффекты к стабилизации процесса. Стабилизация наиболее типична для лечебного эффекта ГС: прекращение прогрессирующего роста опухоли под его влиянием на 1,5-2 мес отмечено еще у 216 больных (29,2 %). Особенно часто стабилизирующий эффект наблюдался при лимфогранулематозе, раке молочной железы, легких, толстой кишки, сигмы, прямой кишки, при гипернефроме (у 5 из 9 больных), раке шейки (у 8 из 22) и тела матки (у 7 из 9), при генерализованной меланобластоме. Можно подчеркнуть, что указанные объективные данные относятся к больным, практически находившимся в терминальной фазе заболевания. В 60 % слу-

чаев объективного эффекта не отмечено.

В проявлениях лечебного действия ГС наблюдались четкие симптоматические эффекты, которые при разной степени выраженности имели место у 46,6 % леченных и не коррелировали с объективными эффектами. Симптоматическое действие заключалось в снижении лихорадки, иногда до полной нормализации температуры, уменьшении, а часто и исчезновении кровохарканья, уменьшении дыхательной недостаточности и очень часто - отеков, нормализации лабораторных показателей. Наблюдалось значительное улучшение самочувствия, появление аппетита, уменьшение и даже полное купирование болей, наступавшее обычно на 2-3-й неделе лечения. У некоторых больных с метастазами рака бронха в кости, находящихся в связи с болевым синдромом в состоянии полной неподвижности, удавалось достигать такого уменьшения болей, что они переходили к удовлетворительной активности вплоть до самообслуживания и прогулок. Этот эффект мог сохраняться до 2 мес даже на фоне очевидного, установленного рентгенологически, прогрессирования процесса. Отмечено своеобразное психотропное действие препарата у значительной части больных в виде улучшения на 2-3-й неделе настроения со снижением критической оценки своего состояния вплоть до переоценки возможности двигательной активности. Частота указанных позитивных симптоматических эффектов составила у терминальных больных при лимфогранулематозе 37 %, раке молочной железы - 53 %, раке желудка - 44 %, раке гортани - 57 %, нейробластоме - 71 %, десмоидах - 90 %.

Ни в одном случае лечения не было зарегистрировано миелодепрессивного и гипотензивного действия, кардиотоксических и нефротоксических эффектов, отрицательного влияния на уровень сахара в крови и другие биохимические показатели. Чаще всего (5,6 %) отмечались диспепсические явления в виде тошноты и рвоты, обычно регрессировавшие в результате снижения суточной дозы ГС до 120 мг. Головокружение и общее возбуждение не носили характера существенно значимого осложнения. При указанной схеме лечения ни в одном случае не наблюдалось наиболее существенной возможной реакции на ГС со стороны периферической нервной системы в виде полиневрита, что имело место при длительном непрерывном в течение 3-6 мес - лечении, которое допускалось в

начальный период изучения ИС, когда шла отработка ритма лечения. Полиневриты не наблюдались при отработанном режиме, даже когда лечение проводилось в течение 5-8 лет.

Противоопухолевое и иное положительное действие ИС следует трактовать как интегральный эффект его воздействия на ряд биохимических процессов: глюконогенез, АТФазу митохондрий, витамин В<sub>6</sub>, уридинцикопфатазу микросом, цитоплазматическую мембрану и мембраны клеточных органелл и др. При этом основным звеном, по нашему мнению, является антимонооксидазное действие ИС.

УДК 616.348-006.6-089

#### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

В.М.Хателишвили, Т.Г.Арошидзе, Г.Т.Дванелидзе  
г. Тбилиси

Основу данной работы составило наблюдение за 140 больными раком ободочной кишки, у которых во время операции было установлено вовлечение в опухолевый процесс соседних органов и тканей. В 40,4 % случаев это были внеорганные соседние анатомические структуры, в 34,8 % случаев - органы пищеварительной системы. Значительно реже, соответственно в 12,1 и 9,9 % случаев, - мочевыводящие и половые органы. В 64,5 % случаев местное распространение сочеталось с различными осложнениями опухолевого процесса.

Из 140 больных радикально оперированы 95 (67,9 %). У всех выполнены комбинированные операции, которые заключались в удалении единым блоком отдела ободочной кишки с опухолью и вовлеченных в этот процесс соседних органов или тканей. У 63 (67,4%) больных радикальные оперативные вмешательства осуществлялись одномоментно. Среди них у 56 (67,5 %) они завершались формированием анастомоза, а у остальных 27 (32,5 %) выполнены операции типа Гартмана. Многоэтапные операции с формированием преантитивных колостом были произведены у 12 (12,6 %) больных.

Степень распространения опухоли не служила основанием для отказа от первичного восстановления кишечной непрерывности. Возможность формирования толстокишечного соустья в основном определялась локализацией опухоли в ободочной кишке, характером присоединившихся отложений и общим состоянием больного.

При правостороннем процессе независимо от характера осложнения выполняли гемиколэктомии с первичным восстановлением пассажа, отдавая предпочтение инвагинационным анастомозам "конец в бок". Возможность восстановления кишечной непрерывности при локализации опухоли в левых отделах допускалась у больных, оперированных в плановом порядке при отсутствии осложнений опухолевого процесса. Во всех остальных случаях предпочтение отдавалось операциям типа Гартмана.

Гистологически все опухоли имели строение железистого рака. При тщательном гистологическом исследовании препаратов, удаленных во время комбинированных операций, истинное прорастание опухоли в соседние органы и ткани было обнаружено лишь в 64,5 % случаев. В остальных наблюдениях была выявлена только воспалительная инфильтрация.

Летальность после комбинированных операций составила 12,6%. 5-летняя выживаемость при гистологически подтвержденном прорастании составила 48,6 %.

При помощи клинико-морфологического анализа с учетом результатов лечения установлено, что прорастание опухоли в соседние органы и ткани не является противопоказанием к попытке радикального лечения этого контингента больных.

УДК 616.72.016.231 - 069.844

## АЛЛОПЛАСТИКА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

В.П.Харченко, В.В.Кешелав

г. Москва

До настоящего времени проблема аллопластики гортани и трахеи не разрешена. Многочисленные эксперименты на животных и клинические наблюдения показали невозможность покрытия эпителием внутренней поверхности протеза. В литературе встречаются единичные сообщения как экспериментального, так и клинического характера, когда аллопластический материал используется лишь для временного замещения дефекта органа.

Целью данной работы явился подбор материалов для временного (эндопротезирование) и постоянного протезирования дефектов гортани, трахеи. В результате медико-биологических испытаний нами совместно с ВНИИДТ МЗ СССР был разработан эндопротез гортани, трахеи. Он представляет собой полый цилиндр с манжетой посередине и выполнен из сополимера *N*-винилпирролидона и алкилметакрилата, содержит в качестве наполнителя антимикробные препараты диоксидин, хиноксидин. Разрешен МЗ СССР для клинического применения, выпускается серийно.

Клиническая апробация эндопротеза на 340 больных определила возможность его использования для замещения обширных дефектов гортани, трахеи после расширенных резекций и пластик в качестве временно вводимого протеза в просвет оперируемого органа на сроки его формирования. Разработаны следующие типы реконструктивных операций с эндопротезированием: резекции гортани, пластика трахеоларингостом и методики формирования комбинированных трахеогортанных и междларингеальных анастомозов.

Следующим этапом явилось изучение возможности замещения циркулярных дефектов протезом на основе данного полимерного материала. Полученные данные в эксперименте (на 24 собаках) оказались неудовлетворительными ввиду развития немалого процента гнойных осложнений и отсутствия непрерывного поля эпителия на внутренней стенке протеза, т.е. его эпителизации.

Полученные данные послужили поводом для дальнейшего поиска материала. Доказана необходимость более эластичного каркаса с измененной внутренней поверхностью протеза. С этой целью нами проведены исследования возможности применения различных видов синтетических полиуретанов. В эксперименте на 10 собаках проведена апробация линейных протезов оригинальной конструкции с имплантацией их в грудной и шейный отделы трахеи. Предварительные данные показали биосовместимость материала и хорошую дренажную функцию трахеобронхиального дерева. Динамическое наблюдение за животными в течение года показало функциональную пригодность протеза: животные вели нормальный образ жизни, сохраняли аппетит, активность при отсутствии дыхательной недостаточности.

Опыт использования эндопротезов и протезов гортани и трахеи, на наш взгляд, имеет большое практическое и теоретическое значение, поскольку приближает способы к клинике и определяет новые принципы дифференцированного подбора материалов в ларинготрахеальной хирургии и, наконец, создает конкретную почву для конструирования новых изделий для аллопластики дыхательных путей.

УДК 616.329-006.6-089.844-031:611.33

**СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ  
ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ ПРИ РАКЕ**

**А.А.Чернявский**

**г. Горький**

Высокая непосредственная летальность после операций по поводу рака пищевода и низкая 5-летняя выживаемость этих больных вынуждают хирургов к поиску более радикальных и в то же время менее опасных методов вмешательства.

В Горьковском горнокодиспансере до 1985 г. при раке пищевода в основном выполнялись операции типа Гарлока и Льюиса с общей летальностью 37%. В последнее время при раке грудного отдела пищевода и кардии с переходом на пищевод мы полностью

перешли к субтотальной резекции пищевода чрезплевральным или абдоминоцервикальным доступом с одномоментной заднемедиастинальной гастропластикой. При чрезплевральной экстирпации пищевода операцию начинаем с диагностической лапаротомии в положении больного на левом боку с наклоном операционного стола в противоположную сторону. При мобилизации пищевода абдоминоцервикальным доступом перевязываем пищеводные связки до бифуркации под контролем одного медиастинального крока, выделение пищевода на уровне бифуркации и со стороны шеи осуществляем т.н. дигитальным способом. Пластика желудочной трубкой с анастомозом на шее предполагает соблюдение следующих условий: 1) пересечения правой желудочной артерии ниже привратника; 2) мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохэру; 3) поперечного разреза желудка на 2 см выше привратника с выходом на выкраивание желудочной трубки диаметром 3 см; 4) циркулярного подшивания желудочного трансплантата на шее к предпозвоночной фасции и окружающим тканям, чем достигается изоляция заднего средостения.

С ноября 1965 по январь 1989 г. нами выполнено 20 радикальных операций, включающих субтотальную резекцию пищевода. Возраст больных колебался от 42 до 67 лет (в среднем 61 год). Местнораспространенный рак (T<sub>4</sub>) диагностирован у 15 пациентов, T<sub>3</sub> - у 5. Максимальная протяженность опухоли составила 14 см. Поражение регионарных лимфоузлов обнаружено в 8 случаях. Опухоль локализовалась в среднегрудном отделе пищевода у 5 больных, на границе средне- и нижнегрудного отдела - у 4, в нижней трети пищевода - у 3, у 5 был рак кардии с преимущественным поражением пищевода, у 2 - проксимального отдела желудка с переходом на нижнюю треть пищевода. У 1 больного наблюдали сочетанный рак среднегрудного отдела пищевода и кардии желудка. Комбинированному лечению при верифицированном диагнозе плоскоклеточной карциномы подверглось 8 больных. Предоперационный курс лучевой терапии крупным фракционированием (до СОД 20 Гр) проведен 3 больным, классическим дроблением дозы (до СОД 40 Гр) - 5.

У 17 больных субтотальная резекция пищевода (у 6 чрезплевральным, у 11 абдоминоцервикальным доступом) сочеталась с одномоментной гастропластикой. 2 больным с гастроэзофагеальным раком выполнена внеплевральная эзофагогастрэктомия с одномо-

ментной гастропластикой. 2 больным с гастроэзофагеальным раком выполнена внеплевральная эзофагогастрэктомия с одномоментной энопластикой. Только у 1 больного после экстирпации пищевода через живот при попытке мобилизации желудка для пластики была повреждена правая желудочно-сальниковая артерия и вмешательство закончено наложением гастро- и эзофагостомы. Через 3 мес ему успешно выполнена одномоментная ретростерральная колопластика.

Осложнения возникли у 8 пациентов. Чаще развивалась недостаточность пищеводного анастомоза на шее (5 случаев), у 1 больного — тромбоз легочной артерии, излеченная консервативно, у 1 — поддиафрагмальный абсцесс.

Умер 1 больной на 24-е сут после внеплевральной резекции пищевода и одномоментной гастропластики в сочетании с дуоденопластикой, оперированный по поводу кардиоэзофагеального рака и декомпенсированного постбульбарного язвенного стеноза. Причина смерти — поздно диагностированная недостаточность пищеводного анастомоза с прорывом параанастомотического абсцесса в заднее средостение. Еще один больной погиб через 2,5 мес после операции от абсцедирующей пневмонии на фоне трахеопищеводного свища на шее, возникшего в результате недостаточности анастомоза в ранний послеоперационный период.

Наш первый опыт согласуется с данными литературы о целесообразности мобилизации пищевода через живот при раке нижней его трети и кардии с высоким переходом на пищевод, однако, как показали 2 успешные операции, данная методика применима и при местно-распространенных опухолях на границе средне- и нижнегрудного отдела при условии выраженной регрессии опухоли после лучевой терапии до СДД 40 Гр у больных старше 60 лет с сопутствующими заболеваниями.

При инфильтративных гастроэзофагеальных раках альтернативой гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода из трансплеврального доступа может служить внеплевральная эзофагогастрэктомия с одномоментной заднемедиастинальной энопластикой.

УДК 615.28:616.24-006.6

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА  
ЛЕГКОГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕПОНИРОВАННЫХ ФОРМ ЦИТОСТАТИКОВ

В.И.Чиссов, А.А.Трахтенберг, И.Г.Русаков, А.Б.Цолохов

г. Москва

Неудовлетворительные результаты лечения больных раком легкого объясняются поздней диагностикой и склонностью опухолей данной локализации к раннему и обширному метастазированию в лимфатические узлы средостения, что в значительной мере ограничивает возможности основного метода лечения - хирургического.

Одним из путей, позволяющих увеличить продолжительность жизни больных, является использование дополнительных методов лечения, включая лекарственную противоопухолевую терапию. Однако невозможность создания и поддержания высокого градиента цитостатиков в опухоли и регионарных лимфатических узлах при традиционных методах введения их в организм, обусловленная отсутствием специфичности используемых препаратов и, следовательно, их общетоксическим и иммунодепрессивным действием, диктует необходимость изыскания путей повышения концентрации препаратов непосредственно в опухолевой ткани без повышения ее в препарат-зависимых органах.

Перспективным направлением повышения эффективности лечения больных раком легкого является разработка и использование систем депонирования цитостатиков непосредственно в зоне корня легкого и в лимфатических узлах средостения, позволяющих обеспечить контакт препаратов с возможно оставшимися после операции клетками-мишенями опухоли в течение длительного, заранее программируемого времени, с созданием максимально высоких доз препаратов в зоне наиболее вероятного развития рецидива либо регионарных метастазов.

В МНИОИ им. П.А.Герцена совместно с отделом полимеров медицинского назначения ВНИИМТ МЗ СССР (А.Я.Акимов) разработаны клеевые композиции на основе цианакрилатов, содержащие в своем составе противоопухолевые антибиотики блеомицитин и кар-

миномицин, эффективные в отношении как плоскоклеточного, так и железистого рака.

В результате проведенных серий медико-биологических экспериментов выбрано оптимальное соотношение клеевой основы с цитостатиком, обеспечивающее полный выход препарата из состава полимерной матрицы в течение 16-21 сут. В результате опытов, проведенных на 180 крысах с привитой карциномой PC-I, установлены высокие противоопухолевые качества используемых композиций, значительно превосходящие эффект от использования эквитоксичных доз препаратов, введенных внутривенно. При морфологическом исследовании тканей, непосредственно контактирующих с клеевыми композициями данного вида, установлено, что испытываемые композиции гистотоксичностью не обладают и не приводят к увеличению числа гнойных осложнений у животных, леченных с их помощью.

Полученные экспериментальные данные позволили нам применить композиции, содержащие блеомицин и карминомицин, а также их комбинацию, в клинике у 12 больных раком легкого III ст.; женщин было 3, мужчин - 9. Возраст больных - от 45 до 72 лет. При морфологическом исследовании аденокарцинома установлена у 5, плоскоклеточный рак - у 7 больных. Пневмонэктомия выполнена у 6, лоб/билоб/эктомиа - у 4; парастернальная медиастинотомия - у 2 больных. На завершающем этапе операции всем больным полимерлекарственную композицию наносили в область культи (главного и долевого) бронха, в дартрахеальную и бифуркационную зоны. В послеоперационный период особенностей, связанных с применением полимерлекарственных композиций, не отмечено. Через 14-16 дней после операции 4 больным проведена лучевая терапия на область культи бронха и зоны регионарного метастазирования. Лучевую терапию больные перенесли так же.

Таким образом, применение полимерлекарственных комплексов на основе цианакрилатов в комбинированном и комплексном лечении местно-распространенного рака легкого - перспективное направление улучшения результатов лечения больных данной группы.

УДК 617.52:617.53-006.1-053

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ  
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Э.Л.Чайанзон, Э.Д.Кирилюк, В.А.Новиков,  
М.М.Болхов, Н.А.Шульга

г. Томск

Наиболее часто злокачественные опухоли у человека регистрируются в возрасте от 45 до 60 лет и старше, когда вероятность развития неопластического процесса повышается в несколько раз за счет таких модифицирующих факторов, как профессиональные вредности, злоупотребление алкоголем и курение, снижение иммунологической реактивности организма, наличие хронических предопухолевых заболеваний.

В последнее десятилетие отмечена тенденция к увеличению заболеваемости злокачественными опухолями у лиц молодого возраста. В данной работе представлены данные о 102 больных злокачественными новообразованиями с локализацией в области головы и шеи в возрасте до 35 лет, что составило 5,9 % по отношению к общему числу больных (1765), находившихся на специальном лечении. Обращает на себя внимание тот факт, что 56 % случаев новообразования установлены в интервале от 30 до 35 лет, хотя возрастной диапазон варьировал от 11 до 35 лет. Лиц мужского пола было 56, женского - 46.

Поражение полости носа и придаточных пазух отмечено у 28, органов полости рта - у 22, гортани и гортаноглотки - у 18, щитовидной железы - у 20, другие локализации встречались в единичных случаях.

Более чем в 90 % случаев злокачественные опухоли головы и шеи представляют плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. Удельный вес опухолей иного гистогенеза в структуре онкопатологии изучаемой локализации незначителен. По результатам наших наблюдений опухоли эпителиальной природы установлены лишь у 63 % больных, в остальных случаях - различные виды сарком: у 4 больных остеогенная саркома, фибросаркома -

также в 4 наблюдениях, ретикуло- и ангиосаркомы - по 2 случая. Среди опухолей щитовидной железы папиллярный рак диагностирован в 12 случаях, фолликулярный - в 3, медулярный - в 2 и в единичных случаях - недифференцированный рак и лимфосаркома.

В составе наблюдаемого контингента с I ст. было 6 больных (5,9 %), II ст. установлена у 9 (8,8 %), III ст. - у 31 (30,4 %), IV ст. - у 12 (11,8 %), продолженный рост опухоли или рецидив - у 16 (15,7 %) и у 23 больных (27 %) отмечены опухоли, не подлежащие классификации по стадиям. Таким образом, злокачественный процесс на ранних стадиях диагностирован лишь у 14,7 % больных.

Продолжительность от первых симптомов до морфологического подтверждения диагноза составляла в среднем 7,3 мес, тогда как этот показатель по литературным данным колебался от 3 до 6 мес. Причем у 9 больных рак щитовидной железы явился морфологической находкой.

Первоначально лечились в общей лечебной сети 80 % больных. Подозрение о злокачественной опухоли возникло в большинстве случаев при неэффективности консервативных методов лечения, тогда, когда клинические проявления заболевания носили ярко выраженный характер. Очевидно, по этой причине высокий удельный вес принадлежит больным с III и IV ст. опухолевого процесса.

Профессиональные вредности и бытовые интоксикации отмечены у 34 пациентов (38,2 %). Относительно кратковременное воздействие профессиональных вредностей в сочетании с курением и алкоголизацией, очевидно, играет существенную роль в развитии неоплазии у лиц молодого возраста. У 7 женщин новообразования развивались на фоне беременности, или непосредственно после родов, или же искусственного прерывания беременности. Следовательно, изучая причины возникновения злокачественных опухолей у лиц молодого возраста, нельзя не учитывать и сложную гормональную перестройку организма.

Таким образом, злокачественные опухоли головы и шеи у лиц молодого возраста не являются исключительными случаями. Они требуют углубленного изучения как в клиническом аспекте, так и в плане исследования многочисленных факторов, способствующих развитию неоплазии, в том числе факторов диетических, гормо-

наль  
них.  
бежа

УДК

тот  
ческ  
Меха  
чен  
проп  
ние  
точн  
кото  
Одни  
фера  
но к  
му ч  
чем

скор  
ной  
ние  
при  
торн  
ние  
разн  
самн

нальных, иммунологических, наследственных, средовых и социальных. Комплексный подход к решению данной проблемы позволит избежать смещения в оценке изучаемых параметров.

УДК 616.38-006:616.959.122.21

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ НА ФАКТОР,  
ИНГИБИРУЮЩИЙ ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПЕЧЕНИ

А.А.Шайн, А.Г.Рыбка, Т.А.Собянина, Г.А.Кальгина

г. Томень

На фоне хронического описторхоза значительно повышена частота холангицеллярного рака печени. На этом основании хронический описторхоз рассматривают как факультативный предрак. Механизм промоторного действия описторхоза на канцерогенез изучен недостаточно. В основе возникновения многих патологических процессов, в том числе и злокачественного роста, лежит нарушение регуляции размножения клеток. Регуляция интенсивности клеточной пролиферации и дифференцировки опосредуется медиаторами, которые синтезируются соматическими клетками различных тканей. Одним из таких медиаторов является фактор, ингибирующий пролиферацию клеток (ФИПКл). Установлено, что не только нормальные, но и злокачественные клетки синтезируют ФИПКл и обладают к нему чувствительность. В опухолевой ткани активность ФИПКл ниже, чем в нормальной.

Ранее в эксперименте нами выявлено достоверное увеличение скорости роста перививной сингенной опухоли на фоне описторхозной инвазии [Шайн А.А. с соавт., 1986, 1987 /]. Это дает основание предполагать снижение активности ФИПКл в опухолевой ткани при данном гельминтозе и рассматривать это явление как промоторный механизм. В связи с этим представляет интерес исследование активности ФИПКл и пролиферативных процессов в печени в разные сроки инвазии указанного гельминтоза.

Экспериментальные исследования выполнены на 156 мышах - самцах инбредных линий СВА/Уас, С57В1/6, /СВА/Уас х С57В1/6 /

( X ). Проллиферативная активность (ПА) клеток тестировалась с использованием радиоактивной метки ( $H^3$  - тимидин) и последующей радиометрией на  $\beta$  - счетчике. ФИПКл из ткани печени выделяли путем осаждения белковых компонентов из водного гомогената ткани 70-81 % этанолом / Окулов В.Б., Чекулаева Л.И., 1976 /. Лиофилизированный экстракт использовали для биологического тестирования на животных с частичной гепатэктомией.

У животных с месячной инвазией наблюдалось снижение ПА гепатоцитов на 26,4 %. Активность ФИПКл печени у этих животных и чувствительность гепатоцитов к нормальному ФИПКл практически не изменились. По-видимому, торможение ПА гепатоцитов при таком сроке инвазии обусловлено другими факторами. Наряду со снижением ПА в печени при указанном сроке инвазии отмечалось торможение ПА в почках на 12 %, желудке - на 30 %, поджелудочной железе - на 16,5 %, костном мозге - на 12 %.

При 2-месячной инвазии выявлено увеличение ПА гепатоцитов на 10 %. При этом активность ФИПКл оказалась сниженной на 12 % по сравнению с активностью в контроле. Установлено также снижение чувствительности гепатоцитов у инвазированных животных к нормальному ФИПКл на 8 %. Полученные данные свидетельствуют о том, что более продолжительная описторхозная инвазия индуцирует повышение ПА клеток печени за счет снижения активности ФИПКл и чувствительности к нему гепатоцитов. В других органах при 2-месячной инвазии наблюдались аналогичные изменения, т.е. увеличение ПА в почках - на 30 %, желудке - на 59 %, поджелудочной железе - на 16 %. Это является основанием для предположения об аналогичных нарушениях регуляции пролиферации в протоковом эпителии. Из-за трудности выделения тканей, выстилающих желчные протоки, непосредственное исследование ФИПКл протокового эпителия не представляется возможным.

Вероятно, нарушение регуляции пролиферации в тканях ингибирующим фактором, индуцированное хронической описторхозной инвазией, при воздействии на ткани канцерогена будет играть роль промоторного механизма.

ЛДК

спос  
дом  
редс  
сопр  
из к  
кие  
ви г  
с ин  
боле

Н.Н.  
экст  
плаз  
служ  
тера  
чено  
и Ю

и СК  
вено  
ОЦК.

ратн  
на а  
мл с  
Врем.  
осуд  
на р

УДК 616-009.035.11-085.38.033.1

РОЛЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ  
ХИМИОТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.А.Шатров, А.А.Ганалиев, В.К.Осипов, Е.В.Морозова  
г. Ленинград

Интенсивная химиотерапия наряду с лучевым и хирургическим способами лечения остается на современном этапе основным методом лечения онкологических и гематологических заболеваний. Определяя конечный результат терапии, указанные способы лечения сопровождаются многочисленными осложнениями, наиболее грозными из которых являются инфекционные, токсические и геморрагические. С разработкой методов экстракорпоральной детоксикации крови появилась реальная возможность быстрой и эффективной борьбы с инфекционными и токсическими осложнениями, составляющими наиболее многочисленную группу.

В отделении миелотрансплантации НИИ онкологии имени проф. Н.Н.Петрова Минздрава СССР в течение 2 лет используются методы экстракорпоральной детоксикации крови: гемо- и плазмасорбция, плазмаферез и цитаферез. Основными показаниями к их применению служат: синдром интоксикации после интенсивных программ химиотерапии, панцитопения с развитием септических осложнений, печеночная недостаточность. Всего выполнено 20 гемоплазмасорбций и 100 плазмаферезов 25 онкологическим больным.

Гемосорбция выполнялась с применением гемосорбентов СКН-1К и СКН-4М на аппарате УЭГ-01. Подключение производилось вено-венозным способом. За одну операцию производилась очистка 1-2 ОЦК. Длительность процедуры 1-1,5 ч.

Проведение плазмафереза и плазмасорбции осуществляли аппаратным и дискретным методами. Аппаратный плазмаферез проводился на аппаратах ПФ-05 и ФК-3,5. За одну операцию удаляли 500-1200 мл с ее возвращением альбумином и свежзамороженной плазмой. Время процедуры - 1-2 ч. Дискретный (или ручной) плазмаферез осуществлялся в полимерных контейнерах "Гемакон" 500 и 500/300 на рефрижераторных центрифугах К-70Д (ГДР) и РС-6 (СССР).

Переносимость указанных процедур была вполне удовлетворительной. При гемосорбции у 2 больных наблюдался кратковременный озноб, который купировался введением глюконата кальция 10 % - 10,0 в/в. У 1 больной после выполнения плазмафереза на аппарате ФК-3,5 через 3 ч отмечался озноб как реакция на введение в качестве антикоагулянта цитрата натрия.

Экстракорпоральные методы детоксикации в последующем дополнялись менее инвазивным методом энтеросорбции, который в отдельных случаях был использован самостоятельно. В отделении имело место трансплантация разработан и внедрен новый метод детоксикации - плазмасорбция с использованием отмытых донорских эритроцитов. Экспериментальные исследования и клиническая практика применения данного способа показали отсутствие осложнений, достаточную эффективность, возможность применения для лечения заболевания ДВС-синдрома.

УДК 616-006.2-36:615.849-0-8

**СТАДИРОВАНИЕ ПРИ ОТДАЛЕННЫХ ГЕМАТОГЕННЫХ МЕТАСТАЗАХ  
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ СОЛИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ КАК КРИТЕРИЙ  
ДЛЯ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО ВАРИАНТА ЛЕЧЕНОЙ ТАКТИКИ**

**О.И.Щербенко**

г. Москва

Клиническое проявление гематогенных метастазов при солидных опухолях означает наступление новой фазы в развитии неопластического процесса. Ее сутью заключается в начале этапа генерализации опухоли, который, как правило, заканчивается гибелью больного.

В действующей классификации опухолей все случаи с отдаленными метастазами относятся к IV клинической стадии. Как показал анализ состояния специализированной помощи онкологическим больным в ряде регионов РСФСР, в большинстве случаев при IV клинической стадии опухоли больным отказывают в лечении и реже проводят паллиативную терапию. Между тем при изучении особеннос-

тей течению процесса у 375 больных с метастазами различных опухолей в костях, головном мозге, печени, легких можно выделить три довольно четко очерченных группы.

К I-й группе относятся больные с благоприятным прогнозом для длительного выздоровления при условии проведения адекватного лечения. Основными клиническими признаками этой группы являются: а) радикальное излечение первичной опухоли; б) длительность безрецидивного периода после лечения первичной опухоли более года; в) солитарность очага метастазирования, подтвержденная всеми доступными методами исследования. Относящиеся к этой группе больные должны подвергаться активной терапии, направленной на полное излечение очага с помощью операции или лучевой терапии. Последняя должна проводиться в дозах, достаточных для полной девитализации опухоли, но не приводящих к развитию лучевых повреждений. Радикальное воздействие на первичный очаг у этих больных должно сочетаться с дифференцированным системным лечением.

2-ю группу больных с метастазами составляют те пациенты, у которых отсутствует хотя бы один из перечисленных признаков, но состояние их достаточно удовлетворительное для проведения противоопухолевой терапии с паллиативной целью. Для таких больных вполне реально улучшение качества жизни и в ряде случаев увеличение ее продолжительности.

И, наконец, 3-ю группу больных с IV клинической стадией составляют те, состояние которых не позволяет провести противоопухолевую терапию и его не удается скорректировать неспецифическими мероприятиями. Такие больные подлежат только симптоматической терапии.

Для облегчения практически врачам выбора оптимальной лечебной тактики предлагается ввести подразделение больных с IV клинической стадией в соответствии с перечисленными группами:

- 1) стадия IV M1 - больные, подлежащие условно радикальному лечению;
- 2) стадия IV M2 - больные, подлежащие паллиативному лечению;
- 3) стадия IV M3 - больные, подлежащие симптоматическому лечению.

Такое дополнение к системе стадирования позволит уменьшить роль субъективного мнения врача в определении показаний к лече-

ним больных с распространенными формами опухолей и расширить объем оказания им специализированной помощи. В первую очередь это касается расширения сферы применения лучевой терапии, которая сегодня используется только у 30 - 40 % онкологических больных, в то время как по данным ВОЗ в ней нуждаются около 70 % больных раком.

УДК 618.19-006.039.11

ТАКТИКА ОРГАНОСОХРАННОЙ ТЕРАПИИ РАННИХ ФОРМ  
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.Е.Яхонтов, А.И.Панкстыянов, Н.В.Скачков  
г. Горький

В настоящее время достоверно установлено, что при раке молочной железы I-II<sub>а</sub> ст. отдаленные результаты лечения после сохраненных операций не ниже, чем после радикальных мастэктомий. Кроме того, органосохраняющие операции имеют ряд преимуществ перед операцией Хальстед-мэншала: меньшая травматичность, несомненный косметический и психологический эффект, сокращение койко-дней и т.д.

Проблемой органосохраняющего лечения ранних форм рака молочной железы мы занимаемся с 1977 г. Разработаны две методики: согласно первой сохранная операция - широкая секторальная резекция молочной железы с подмышечной лимфаденэктомией - сочетается с введением в операционную рану радионуклида <sup>60</sup>Co в иглах или аппликаторах для обеспечения локальных доз излучения. Сейчас под нашим наблюдением находятся 78 больных с ранними формами рака молочной железы, которым выполнены сохраненные операции в радиохирургическом варианте. Из 63 больных со сроком наблюдения 5 и более лет 57 живы и не имеют метастазов.

Вторая методика предусматривает применение сохранной операции в сочетании с предоперационной гамма-терапией и СВЧ - гипертермией. Проведенные нами гистологические исследования удавленных препаратов после операции Хальстед показали, что более

чем у 12 % больных раком молочной железы на месте бывшей опухоли после гамма-терапии и СВЧ-гипертермии отмечено полное отсутствие жизнеспособных опухолевых клеток. Данный вариант органосохранного лечения предусматривает применение предоперационной гамма-терапии и СВЧ-гипертермии с последующей широкой секторальной резекцией молочной железы и подмышечной лимфаденэктомии.

В течение последних 2 лет указанный метод применен у 17 больных с ранними формами рака молочной железы (T<sub>1</sub><sup>N<sub>0</sub></sup>M<sub>0</sub>). У 3 больных была достигнута полная клиническая регрессия опухоли, и опухолевые элементы не были обнаружены даже при тщательном гистологическом исследовании удаленного препарата.

Возможно, совершенствование данного варианта органосохранного лечения позволит в свое время отказаться от оперативного вмешательства при I ст. рака молочной железы и ограничиться одним только лучевым лечением и СВЧ-гипертермией.

Как показал наш опыт, при ранних стадиях рака молочной железы органосохранное лечение является достаточно радикальным, эффективным и вполне правомочным методом. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что данный метод должен применяться по самым строгим показаниям, преимущественно при T<sub>1</sub>, обязательно в условиях онкологического учреждения, располагающего современными хирургическими, лучевыми и лекарственными методами лечения.

Предлагаем разработанные нами варианты органосохранного комбинированного лечения ранних форм рака молочной железы:

- I. а) предоперационная лучевая терапия средними фракциями, суммарная доза 35 Гр, СВЧ-гипертермия;
  - б) широкое секторальное иссечение с подмышечной лимфаденэктомией.
- II. Широкое секторальное иссечение с подмышечной лимфаденэктомией в радиохирургическом варианте.
- III. При небольших опухолях - узловатых фиброзно-кистозных мастопатиях, малигнизация которых выявлена при срочном или плановом гистологическом исследовании:
  - а) широкое секторальное иссечение с подмышечной лимфаденэктомией;
  - б) послеоперационная лучевая терапия на регионарные зоны в суммарной дозе 30-40 Гр.

При выявлении подмышечных метастазов гистологическим исследованием (P<sub>1</sub>) выполняется радикальная мастэктомия и последующие этапы лечения P<sub>2</sub> ст. заболевания.

Ф  
к  
н  
к  
л  
о  
т  
х  
Г  
л  
С.  
ми  
р  
д  
л  
му  
к  
кн  
эл  
Го  
лн  
пр  
оп

## О Г Л А В Л Е Н И Е

Байрамов Г.Д., Шахтарина С.В., Давыдов В.А., Колонская Н.В. Полихимиолучевое лечение неходжкинских лимфом . . . . .	5
Бардычев М.С., Петрик В.Д., Гунько Р.И. Малигнизация как осложнение поздних местных лучевых повреждений. . . . .	7
Бердов В.А., Орченко И.И. Новый метод предоперационного облучения местно-распространенных форм рака прямой кишки . . . . .	9
Бойко И.Н., Лопатин В.Е. Радиосенсибилизирующий эффект локальной УВЧ-гипертермии при комбинированном лечении больных остеогенной саркомой . . . . .	11
Бордюков Ш.Н. Эндолимфатический и эндоликворный пути введения препаратов в лечении злокачественных опухолей . . . . .	13
Бухны А.Ф., Годдобенко Г.В., Дурнов Л.А., Лобанов Г.В., Нечушкин М.И., Цейтлин Г.Я. Современные возможности лечения злокачественных опухолей. . . . .	15
Бухаркин Б.В., Матвеев Б.П., Годдобенко Г.В., Ткачев С.И. Сочетание лучевой терапии с локальной СВЧ-гипертермией в лечении рака предстательной железы . . . . .	17
Вайткявичюс И.А., Гарькавый М.И., Лухтан Э.И., Пипирас В.Ю. Результаты применения полихимиотерапии с платином у больных злокачественными опухолями яичников. . . . .	19
Вайнер О.М., Архангельская А.В., Орловская Л.А., Колесникова В.А., Орешкина А.Д. Активность супероксиддисмутазы в оценке результатов лечения больных раком прямой кишки . . . . .	21
Васютков В.Я., Соколов А.А., Евсеев В.Е. Хирургические вмешательства на магистральных сосудах при лечении злокачественных опухолей . . . . .	23
Гоцадзе Д.Т., Мосидзе Б.А., Немсадзе Г.Г., Пирцхалаишвили Г.Г. Новые подходы к надпузырному ответению мочи при цистэктомии у онкологических больных. . . . .	24
Гранов А.М., Таразов П.Г. Лечение злокачественных опухолей печени методом эмболизации печеночной артерии. . . . .	26

Гулидов И.А., Мардинский Ю.С., Сисоев А.С., Андреев В.Г. Сочетанная гамма-нейтронная терапия больных раком гортани . . . . .	28
Дашенко П.В., Сотников В.М., Саицев В.В. Профилактическое облучение печени при лимфогранулематозе. . . . .	29
Демин Е.В., Чулкова В.А., Шиповников Н.Б. Значение психотерапии в восстановительном лечении больных раком молочной железы . . . . .	31
Дубенская Л.И., Баженов С.М., Доросевич А.Е. Особенности паренхиматозного и стромального компонентов рака молочной железы после лучевой терапии как уточнение неблагоприятного прогноза . . . . .	33
Дулганов К.П., Дулганов В.К. О хирургических и онкологических аспектах одномоментной экстирпации и пластики пищевода изоперистальтической желудочной трубкой. . . . .	35
Дурнов Л.А., Бадалян Г.Х., Курбангурадов Б.К., Лобанов Г.В., Ордуханян Э.С., Хобби Н.Н. Ближайшие результаты комплексного лечения опухоли Вильмса . . . . .	37
Дятченко О.Т., Шабашова Н.Я. Экономическое обоснование обследования больных раком желудка в амбулаторно-поликлинических условиях . . . . .	39
Маворонкова Л.П., Подитов Я.В., Егорова В.Н. Эндоскопическое удаление предрака и начального рака толстой и прямой кишки в амбулаторных условиях . . . . .	41
Зайдинер Б.М., Наумов Г.Е. К вопросу об управляемой противоболевой терапии в онкологии . . . . .	43
Зырянов Б.Н., Сиянов В.С., Стадин Г.И., Адамян А.Т., Сумской В.С. Экономные, органосохраняющие и функционально-адаптирующие операции в онкологии . . . . .	45
Карасева В.В., Яворский В.В., Токарева З.И. Сравнительная оценка трех схем адьювантной химиотерапии у больных с промежуточными метастазами меланомы кожи. . . . .	48
Карташов С.З., Чилингарянц С.Г., Сергостьянц Г.З. Оценка экономных резекций при хирургическом и комбинированном лечении рака легкого . . . . .	49
Кобикова С.Х., Сафонова С.А. Особенности клинических проявлений резистентных форм лимфогранулематоза у детей. . . . .	51

Колесникова В.А., Ильинский В.Д., Клейнер М.Р. Новые возможности консервативной терапии неоперабельного рака прямой кишки . . . . .	53
Корнцова Л.И., Ильин Н.В. Перспективные направления в лучевой терапии лимфогранулематоза . . . . .	55
Лазарев А.Ф., Басов В.В., Балусев В.В., Дубенников В.А., Фокеев С.Д. Эндолимфатическая химиотерапия в сочетании с дренированием грудного протока при раке желудка . . . . .	57
Далетин В.Г. О показаниях к расширенной лимфаденэктомии при операциях по поводу рака желудка . . . . .	59
Данцман Д.В., Анисеня И.И. Эндопротезирование в восстановительном лечении больных костными опухолями . . . . .	60
Лебедев А.М., Куликов Е.П., Глазунов В.А., Першин М.П., Мирчетич А.С. Современные возможности организации восстановительного лечения больных раком желудка . . . . .	62
Летов В.Н., Аверин С.А. Радиобиологические основы нейтронной терапии . . . . .	63
Ли Л.А., Соболев А.А., Фридман М.Х. Факторы риска развития рака молочной железы у больных, оперированных по поводу локализованного фиброаденоматоза . . . . .	65
Линченко И.Ф., Данильян В.М. Лучевая терапия с последующей химиотерапией циклофосфаном, метотрексатом и винбластином при локализованном неоперабельном плоскоклеточном раке легкого . . . . .	67
Лян Н.В., Луневский В.И., Чередниченко А.В., Полушина О.А. Профилактика операционного стресса и метастазирование . . . . .	70
Макаркин Н.А., Зырянов Б.Н., Бурлак Д.П. Внутриартериальная химиотерапия рака желудка . . . . .	72
Малышев Ю.И., Копп М.В. Количественная оценка некоторых прогностических факторов у больных операбельным раком молочной железы . . . . .	74
Маслова М.Г., Володарский В.Д. Изучение противоопухолевого действия морепродуктов . . . . .	76
Мардынский Д.С. Использование пучка быстрых нейтронов реактора БР-10 в лучевой терапии онкологических больных . . . . .	78

Маронич А.Ф., Рыжиков В.М., Горбунова В.А., Переводчикова Н.И. Предварительные результаты лечения комбинацией СНАД больных распространенным раком яичников . . .	79
Мартынюк В.В., Фридман М.Х., Ди Д.А. Энтеросорбция в предоперационном периоде у больных колоректальным раком . . . . .	82
Мельников Р.А., Тевзадзе Г.А., Мосидзе Б.А., Арошидзе Т.Г. Эндоваскулярные методы в лечении больных с метастазами рака прямой кишки в печень . . . . .	84
Модлев В.П., Дикович М.Ф., Зобнина М.Н. Сравнительные морфологические исследования лучевого патоморфоза злокачественных опухолей после фотонного и нейтронного облучений . . . . .	85
Мусабаева Д.И. Лучевая терапия быстрыми нейтронами радиорезистентных злокачественных опухолей . . . . .	88
Мус В.Ф. Программное лечение больных раком легкого..	90
Мурованная Д.В. Эффективность новых схем лекарственного и комплексного лечения больных раком желудка IV стадии . . . . .	92
Немсадзе Г.Г., Мосидзе Б.А. Уровень экскреции желчных кислот и риск развития опухолей толстой кишки. . . .	94
Ольшанский В.О., Битоцкий П.Г., Трофимов Е.И., Кузев Р.Б. Функционально-сохраняющие операции при раке гортани и гортано-глотки III-IV стадии . . . . .	95
Паньшин Г.А., Хмелевский Е.В. Радиобиологические предпосылки и клинический опыт применения однократного предоперационного облучения у онкологических больных. . . . .	97
Пушкарев С.В., Адамян А.Т., Слонимская Е.М. Возможности использования органосохраняющих операций в комплексном лечении больных раком молочной железы . . . . .	99
Рыков В.И., Карпенко О.М., Кабисов Р.К., Атрощенко В.И. Предварительная оценка использования низкоэнергетического лазерного излучения в онкологии . . . . .	100
Семенченя В.А., Галкина О.А. Детоксикация у онкологических больных . . . . .	101

Серая Э.В., Сидоров А.В., Морозова Е.В. Применение высокочастотной искусственной вентиляции легких при реконструктивно-пластических операциях на трахее . . . . .	103
Сидоренко Д.С., Кучерова Т.И., Неродо Г.А. Разработка новых подходов к лечению рака вульвы . . . . .	105
Слонимская Е.М., Адамьян А.Т., Пушкарев С.В. Опыт использования неадекватной (предоперационной) химиотерапии в комплексном лечении больных раком молочной железы . . . . .	107
Сотников В.М., Панышин Г.А., Полянская А.М. Комплексное лечение локальных стадий агрессивных неходжкинских лимфом . . . . .	109
Сысоев А.С., Изотова И.А., Кузин А.И., Гулидов И.А. Сочетанная гамма-нейтронная терапия больных раком молочной железы . . . . .	111
Сыркин А.М. Новые методологические подходы к организации дополнительной химиотерапии после радикального хирургического лечения в онкологии . . . . .	112
Тайлаков Б.Б., Смирнова К.Д., Герштейн Е.С., Кузьмина З.В. Рецепторы стероидных гормонов при меланоме . . . . .	115
Талаев М.И., Ковалев Б.Н., Сидорова Е.А., Анисимов В.М. Комбинированное лечение рака желудка с использованием телегамматерапии укрупненными фракциями . . . . .	117
Тихонов В.И., Медведев П.С., Тузиков С.А., Макаркин Н.А. Пролонгированная химиотерапия фторафуром и иммуномодуляция пирогеналом в комбинированном лечении рака желудка . . . . .	119
Филиппов К.Г. Прогнозирование течения заболевания у больных раком гортани по состоянию гормонального статуса и концентрации опухолевых маркеров . . . . .	121
Фидов В.А., Германович М.Л., Данова Л.А., Иван Б.А., Дементьева Н.П., Брейвис П.В., Рагайшоне В.П., Касьяненко И.В., Дисица А.М., Миндлин С.С., Курганова Н.И. Гидразинсульфат в лечении больных злокачественными опухолями в далеко зашедших стадиях . . . . .	123
Хателишвили В.М., Арошидзе Т.Г., Джанелидзе Г.Г. Хирургическое лечение местно-распространенного рака ободочной кишки . . . . .	125