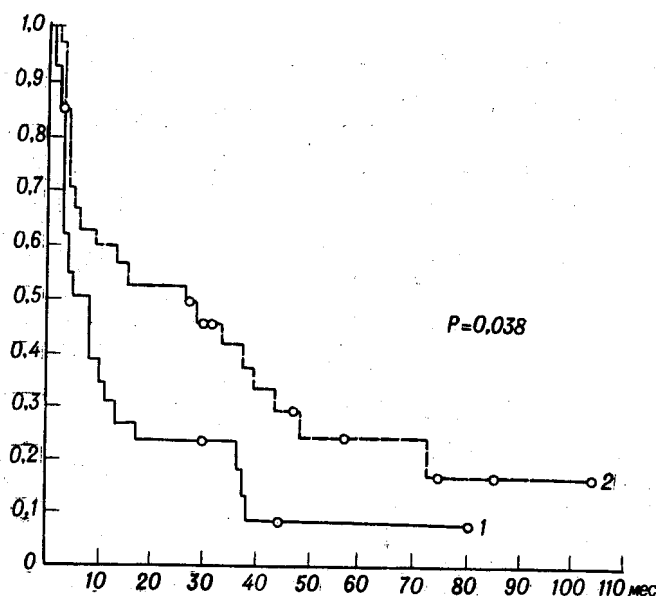




Выживаемость детей, больных лимфосаркомой в III—IV стадии, в зависимости от иммунологического субварианта опухоли.

1 — В-клеточный подвариант, 2 — не-В-клеточный подвариант. Кругами отмечены больные, находящиеся в живых на момент анализа данных. По оси абсцисс — продолжительность заболевания (в мес); по оси ординат — вероятность выживания. p — достоверность различий в выживаемости между сравниваемыми группами (метод Кокса—Мантеля).

жительность заболевания. При достижении полных ремиссий длительность безрецидивного течения не различается в группах В- и не-В-клеточной лимфосаркомы. Наши данные подтверждают таковые, полученные в ряде европейских клиник. Имеется общее мнение о необходимости разработки особых схем терапии распространенных форм В-клеточной лимфосаркомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барышников А. Ю., Тупицын Н. Н., Крыжанов М. А. // Докл. АН СССР.—1985.—Т. 282, № 3.—С. 753—759.
2. Барышников А. Ю. // Гематол. и трансфузиол.—1988.—№ 12.—С. 15—20.
3. Барышников А. Ю. // Пробл. гематол.—1990.—№ 8.—С. 4—7.
4. Барышников А. Ю., Кадагидзе З. Г., Махонина Л. А., Тупицын Н. Н. Иммунологический фенотип лейкозной клетки.—М., 1990.—С. 240.
5. Ивлева Е. С., Идельсон Л. И., Мечетнер Е. Б. и др. // Экспер. онкол.—1985.—№ 6.—С. 75—77.
6. Киселев А. В., Гордина Г. А., Морозова О. В. Пути повышения эффективности лечения лимфосаркомы у детей // Сборник «25 лет детской онкологии».—М., 1988.—С. 131—134.
7. Сидоренко С. П., Ветрова Е. П., Юрченко О. В. и др. // Гематол. и трансфузиол.—1990.—№ 3.—С. 19—22.
8. Тупицын Н. Н., Кадагидзе З. Г., Барышников А. Ю. и др. // Вопр. онкол.—1990.—Т. 36, № 6.—С. 689—693.
9. Тупицын Н. Н., Киселев А. В., Морозова О. В. и др. Иммунологические факторы прогноза лимфосаркомы у детей.—Деп. ВНИИМИ, 1989.—С. 10.
10. Филатов А. В., Бачурин П. С., Маркова Н. А. и др. // Пробл. гематол.—1990.—№ 3.—С. 17—19.
11. Bennet J. M., Catovsky D., Daniel M. T. et al. // Brit. J. Haemat.—1976.—Vol. 33.—P. 451—458.
12. Knapp W., Dorken B., Gilks W. R. et al. // Leucocyte typing IV. White cell differentiation antigens.—Oxford, 1989.
13. Magrath I. T. The non-Hodgkin's lymphomas.—London, 1990.
14. Muller-Wehrich St., Henze G., Schwazze E. W. et al. // Monogr. Paediat.—1986.—Vol. 18.—P. 167—186.
15. Peto R., Pike M. C., Armitage P. et al. // Brit. J. Cancer.—1977.—Vol. 35.—P. 1—39.

Поступила 08.10.91

В порядке дискуссии

ОТ РЕДАКЦИИ:

С этого номера мы вводим рубрику «В порядке дискуссии». В этой рубрике будут печататься спорные статьи и проводиться их обсуждение. Приглашаем Вас к дискуссии.

© Б. М. АЛИЕВ, 1991

УДК 616.329-006.6-08-059

Б. М. Алиев

5-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ ПОРАЖЕНИЯ ДО 5 СМ

НИИ клинической онкологии

Лечение рака пищевода остается сложной проблемой современной клинической онкологии. Это объясняется не только запущенностью заболевания при первичном обращении больных за лечебной помощью. Немаловажное значение имеет и то обстоятельство, что до сих пор не решен вопрос о наиболее рациональной тактике лечения, особенно при ранних формах рака грудного отдела пищевода. Многие, в том числе и инструкция Минздрава СССР (1985 г.), рекомендуют использование хирургического или комбинированных методов лечения [4, 5, 11]. Другие, наоборот, отдают предпочтение консервативным методам — лучевой или химиолучевой терапии [1, 9, 10, 15, 20]. Располагая материалом о 5-летних результатах лучевого или химиолучевого лечения ранних форм рака грудного отдела пищевода, нам хотелось бы поделиться некоторыми соображениями по данному вопросу.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 58 больных с ранними формами рака грудного отдела пищевода. Все больные предварительно были осмотрены хирургом и при наличии противопоказаний к операции или отказе их от нее были направлены на лучевую терапию.

В исследование включены только пациенты с протяженностью поражения по длине пищевода до 5 см (0,8—3 см — 20 и 3,1—5 см — 38 больных). В соответствии с этим больные были отнесены к I и II клиническим стадиям заболевания. Естественно, из-за отсутствия информации о степени прорастания опухоли в подлежащие ткани, о состоянии регионарных лимфоузлов мы не можем с полной уверенностью утверждать, что все больные действительно имели I или II стадию заболевания. Во всяком случае ошибка может быть только в сторону снижения показателей распространенности опухолей и соответственно снижения эффективности лечения. Морфологическая верификация диагноза получена у всех 58 больных. Плоскоклеточный рак с ороговением или без ороговения обнаружен у 55, клетки рака — у 3 больных. Мужчин было 37, женщин — 21, возраст больных от 40 до 80 лет (40—50 лет — 9, 51—60 лет — 16, 61—70 лет — 23 и 71—80 лет — 10). Опухоли ло-

Таблица 1

5-летние результаты хирургического (или комбинированного) лечения рака пищевода по отношению к числу оперированных и радикально оперированных больных

Авторы	Год	Метод лечения	Подвергнуто операции	Радикально оперировано	Летальность радикально оперированных, %	Прожили 5 лет по отношению	
						к оперированным, %	к радикально оперированным, %
Б. Е. Петерсон и соавт. [5]	1978	Комбинированный	—	146*	—	—	17,4
А. А. Русанов и соавт. [7]	1983	Хирургический	700	400 (57)	15	14	24,9
С. В. Канаев и соавт. [3]	1985	Комбинированный	52	38 (73)	23	7	10
		»	—	68*	21	—	20,9
А. С. Мамонтов и соавт. [4]	1987	Хирургический	—	54*	—	—	15
		Комбинированный	391	170 (43)	15,4	22	51,7
R. Marks и соавт. [14]	1976	»	137	101 (73)	13	10	14
J. Van Andel и соавт. [8]	1979	»	133	81 (60)	13	12	21
B. Launois и соавт. [13]	1981	»	62	47 (75)	22	7	9,5
E. Parker и соавт. [16]	1982	Хирургический	47	33 (70)	23	8	11,5
		Комбинированный	—	75*	19	—	9
K. Sugimachi и соавт. [19]	1986	»	—	104*	6	—	16,7
M. Gugnoux и соавт. [11]	1988	»	97	48 (49)	16,6	10	21
L. Hambræus и соавт. [12]	1988	Хирургический	106	61 (57)	18	10	18
		Комбинированный	—	66*	18	—	17

Примечание. В скобках — процент радикально оперированных больных. Звездочка — общее количество больных, принятых на хирургическое лечение, не указано.

кализовались у всех больных в грудном отделе пищевода, причем в верхнегрудном отделе у 6, в среднегрудном отделе у 39, в нижнегрудном отделе у 13 больных.

Облучение осуществлялось на аппаратах для дистанционной гамма-терапии по 2 Гр 5 раз в неделю в режиме расщепленного курса. Суммарные очаговые дозы колебались от 50 до 70 Гр.

У 27 из 58 больных лучевая терапия проводилась одновременно с химиотерапией в режиме моно- (15 больных) или полихимиотерапии (12 больных) препаратами сарколизин, адриабластин, блеомицин, циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил. Все больные закончили лечение 5 лет назад (1965—1984 гг.). Оценка отдаленных результатов произведена прямым методом.

Результаты и их обсуждение. Полная регрессия опухоли к концу лечения достигнута у 45 (77,5 %) из 58 больных, частичная — у 5, без динамики опухоли — у 8 больных. После химиолучевого лечения полный клинический эффект отмечен у 23 (85 %) из 27 больных, после лучевого — у 22 (71 %) из 31 больного.

В течение 6—19-летнего срока наблюдения умерли 47 (81 %) из 58 больных, жили или живут и находятся под наблюдением 11 больных. Из 11 переживших 5 лет больных 6 умерли в срок от 64 до 156 мес (средняя длительность их жизни 91 мес). 5 больных живы и находятся под наблюдением в течение 6, 6, 7, 18 и 13 лет соответственно. Из 58 больных 1 год прожили 76 %, 2 года — 50 %, 3—38 %, 4—19 %, 5 лет — 19 % больных. 5 лет и более прожили 5 (16 %) из 31 больного после лучевого и 6 (22 %) из 27 после химиолучевого лечения ($p > 0,05$).

Отдаленные результаты лечения в значительной степени определялись реакцией опухоли на облучение. Из 45 больных с полным клиническим эффектом 25 % прожили 5 лет и более, в то время как все больные с частичным эффектом или без эффекта умерли в течение года при средней длительности их жизни 7—8 мес.

Интерес представляет также зависимость отдаленных результатов лечения от протяженности опухоли по длиннику пищевода. Из 39 больных с протяженностью поражения от 3 до 5 см 5 лет и более прожили 8 (20 %) человек, в то время как при протяженности опухоли до 3 см — только 3 (16 %) из 19 больных ($p > 0,05$). Это с нашей точки зрения не является противоречием, а скорее всего говорит о том, что реальная распространенность опухоли у больных с протяженностью поражения до 3 см была большей, чем нами было указано.

Сравнение полученных нами результатов лечения с данными литературы приведено в табл. 1, 2. 5-летняя выживаемость при хирургическом и комбинированном методах лечения рассчитана исходя из числа радикально оперированных больных, в то время как при консервативных методах — из числа всех принятых на лечение больных. Как видно из табл. 1, 2, 5-летняя выживаемость среди радикально оперированных больных колеблется от 9 до 24,9 %, среди больных, получавших консер-

Таблица 2

5-летние результаты консервативного лечения ранних форм рака пищевода

Авторы	Год	Число больных		
		принятых на лечение	закончивших лечение	проживших 5 лет и более, %
G. Newaishi и соавт. [15]	1982	159*	159	12
Г. В. Голдобенко и соавт. [2]	1987	119 (I—II стадия)	119	14
Xian Zhi Gu [20]	1984	411*	411	15,3
L. Coia и соавт. [9]	1987	30 (I—II стадия)	30	32
Sun De Ren [18]	1990	59*	59	25,5
Собственные данные	1990	58*	58	19
				19,6

Примечание. Звездочка — протяженность поражения до 5 см.

вативное лечение, — от 12 до 32 % (более высокие показатели комбинированного лечения приведены А. Е. Мамонтовым и соавт. — 51,7 %). По-видимому, имел место специальный отбор больных. В общем средняя 5-летняя выживаемость при хирургическом, комбинированном и консервативных методах лечения рака грудного отдела пищевода примерно одинакова и колеблется от 19 до 21 % (см. рисунок).

Следует, однако, подчеркнуть, что количество радикально оперированных больных (см. табл. 1) в среднем в 2 раза меньше (54 %) по сравнению с числом больных, подвергнутых операции. Это значит, что почти половина больных после хирургического вмешательства автоматически исключалась из исследований из-за распространенности опухоли, в то время как при консервативных методах лечения расчет выживаемости производился по всем принятым на лечение больным. И, несмотря на это, выживаемость при этом оказалась примерно такой же, как и при хирургическом или комбинированном методе лечения.

Кроме того, по данным табл. 1, в среднем 17 % больных, т. е. фактически каждый шестой, умирает от операции или ее осложнений, чего практически не наблюдается при консервативных методах лечения. Это позволило А. И. Пирогову и соавт. сделать вполне обоснованный вывод, что «при высокой послеоперационной летальности общие результаты хирургического лечения не имеют преимущества перед лучевой терапией» [6].

Правда, в последнее время благодаря интенсивному развитию анестезиологии, реанимации, улучшению техники хирургического вмешательства наблюдается существенное снижение послеоперационной летальности. Так, согласно данным [17] за последние 30 лет средние показатели послеоперационной летальности при раке пищевода снизились от 28—30 % в 1954 г. до 9—13 % в 1985 г. Одновременно увеличилась 5-летняя выживаемость от 8—9 % (1954 г.) до 19—23 % (1985 г.).

Наконец, если к сравнительно высоким терапевтическим возможностям консервативных методов лечения ранних форм рака грудного отдела пищевода добавить еще и высокую их экономическую

эффективность, то преимущество лучевого или химиолучевого лечения по сравнению с хирургическим или комбинированным станет очевидным.

Выводы. 1. В учреждениях практической онкологии всех больных с ранними формами рака грудного отдела пищевода целесообразно лечить только консервативными методами.

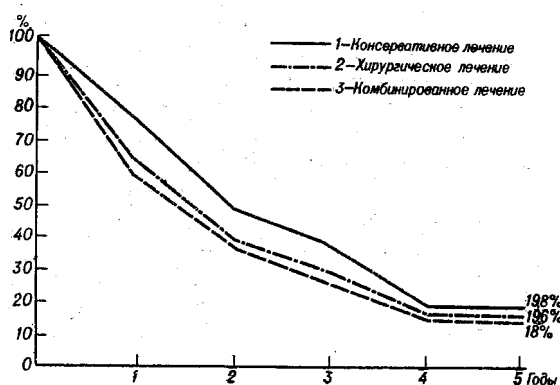
2. Разработку новых и совершенствование существующих методов хирургического и комбинированного лечения операбельного рака пищевода необходимо оставить за ведущими онкорadiологическими центрами страны, располагающими современным оборудованием и высококвалифицированными кадрами специалистов.

3. Целесообразно внести соответствующие изменения в сборник официальных указаний Минздрава СССР (1985 г.) относительно тактики лечения рака грудного отдела пищевода в учреждениях практической онкологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Б. М., Хыдыров Х. Б., Кондратьева Н. Ф. // Мед. радиол. — 1990. — № 4. — С. 24—27.
2. Голдобенко Г. В., Кудрявцева Г. Т., Чиквалдзе Б. Г. // Вопр. онкол. — 1987. — Т. 23, № 2. — С. 63—69.
3. Канаев С. В., Столяров В. И., Фролова З. В. и др. Отдаленные результаты лечения больных раком внутригрудного отдела пищевода с применением концентрированного предоперационного облучения // Тезисы доклада «Вопросы организации противораковой борьбы. Диагностика и лечение злокачественных опухолей». — Ашхабад, 1985. — С. 56—57.
4. Мамонтов А. Е., Кухаренко В. М., Иванов П. А., Киселева Е. С. // Вопр. онкол. — 1987. — Т. 33, № 2. — С. 54—57.
5. Петерсон Б. Е., Грицман Ю. Я., Киселева Е. С. // Там же. — 1978. — Т. 24, № 11. — С. 42—47.
6. Пирогов А. И., Рындин В. Д., Давыдов М. И., Акбаров А. Н. // Там же. — 1989. — Т. 35, № 2. — С. 131—141.
7. Русанов А. А., Пушилов М. Г., Перасимьяк В. Г., Губарева А. В. // Там же. — 1983. — Т. 29, № 5. — С. 34—39.
8. Van Andel J. G., Does X., Dijkhuis C. M. et al. // Ann. Surg. — 1970. — Vol. 190, N 6. — P. 684—689.
9. Coia L. R., Engstrom P. F., Paul A. // J. clin. Oncol. — 1987. — Vol. 5, N 11. — P. 1783—1790.
10. Fischer P., Boldt J., Perrach K., Franken Th. // Strahlentherapie. — 1986. — Vol. 162, N 1. — P. 1—7.
11. Gignoux M., Roussel A., Paillet B., Gillet V. et al. // Int. Combined Modality Therapy of Gastrointestinal Tract Cancer, New York, 1988. — P. 1—13.
12. Hambræus G. M., Mercke C. E., Willen R., Ranstam J. et al. // Cancer (Philad.). — 1988. — Vol. 62, N 5. — P. 895—904.
13. Launois B., Delarue D., Campion J. P., Kerbaol M. // Surg. Gynec. Obstet. — 1981. — Vol. 153, N 5. — P. 690—692.
14. Marks R. D., Scruggs H. J., Wallace K. M. // Cancer (Philad.). — 1976. — Vol. 38, N 1. — P. 84—89.
15. Newaishy G. A., Read G. A., Duncan W., Kerr G. R. // Clin. Radiol. — 1982. — Vol. 33, N 2. — P. 347—352.
16. Parker E. F., Gregorie H. B., Priolcan W. H. et al. // Ann. Surg. — 1982. — Vol. 195, N 5. — P. 618—622.
17. Pastorino M., Valente M., Allosio M., Bedini V. et al. // Tumori. — 1987. — Vol. 73, N 2. — P. 139—146.
18. Sun De Ren. // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 1989. — Vol. 16, N 2. — P. 329—334.
19. Sugimachi K., Matsufuji H., Kai H., Masudo H. et al. // Surg. Gynec. Obstet. — 1986. — Vol. 162, N 2. — P. 174—176.
20. Xian Zhi-Gu. // Carcinoma of the Esophagus and Gastric Cardia. New York, 1984. — P. 257—274.

Поступила 2.09.90



Средние показатели 5-летней выживаемости (1 — 19,8 %, 2 — 19,6 %, 3 — 18 %) больных раком среднегрудного отдела пищевода (I—II стадия) после консервативного (1), хирургического (2) и комбинированных методов лечения (3) (данные литературы).

По оси абсцисс — длительность жизни (в годах); по оси ординат — выживаемость больных (в %).