

ношения жидкости и газа в полости абсцесса. При выборе метода лечения существенная роль отводилась величине абсцесса. Лечение осуществлялось либо оперативное — вскрытие абсцесса забрюшинным или чресбрюшинным доступом, либо ограничивалось консервативными мероприятиями с применением больших доз антибиотиков и дезинтоксикационной терапией на фоне парентерального питания.

У 89 % оперированных полость абсцесса была свыше 5 см, а в отдельных случаях до 13 см и лишь в 11 % — от 3 до 5 см. Среди леченных консервативно в 80 % полость была меньше 4 см и у 20 % — от 4 до 9 см. Особо следует отметить 8 больных, обследованных комплексно, которым проводилась пункция абсцессов под контролем КТ. Гной был получен у 5. У 2 из них с локализацией абсцесса в забрюшинном и дугласовом пространстве удалось избежать операции. Им проводилось дренирование и промывание полости абсцесса диоксидином, приведшее к выздоровлению. Однако при левосторонних поддиафрагмальных абсцессах у 3 больных дренирование под контролем КТ было неадекватным, пришлось прибегнуть к релапаротомии, приведшей к излечению у 2 больных, хотя у 4 с образованием тонкокишечного свища.

При отсутствии в пункте гноя проводилось консервативное лечение, приведшее к выздоровлению. Сроки выявления абсцессов также находятся в прямой зависимости от исходов лечения. Чем раньше выявлен абсцесс, тем эффективнее лечение. Рентгенологически в группе больных без дополнительных методов исследования абсцессы выявлены в 66 % наблюдений в течение 1-й недели и в 34 % на 8—15-й день после операции. Более раннее выявление отмечалось после операций на желудке, что обусловлено применением рентгенологического обследования на 6—7-е сутки после операции, перед кормлением больных.

Среди обследованных комплексно, более сложных для диагностики, в 1-ю неделю абсцессы были выявлены у 53,3 % больных и у 46,7 % позднее. Проведенное лечение оказалось неэффективным у 21 (21,9 %) из 96 больных. При анализе причин летальности установлено, что в 75 % наблюдений абсцесс выявлялся позднее чем через 7 дней. Неблагоприятно также протекало лечение у части больных, у которых удалена селезенка (у 8 из 21 умершего больного). Всего она удалена у 26 пациентов. Релапаротомии подверглись 52 из 96 больных. Летальные исходы были только в этой группе больных. Осложнения в виде толсто- и тонкокишечных свищей были у 8 также преимущественно повторно оперированных больных.

Таким образом, выбору метода лечения в значительной степени способствует своевременная и точная топическая диагностика послеоперационных абсцессов. Адекватное дренирование полости абсцесса под контролем КТ с санацией полости абсцесса является одним из эффективных способов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бажанов Е. А. // Роль компьютерной томографии в диагностике абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1987.

2. Береснева Э. А., Дубов Э. Я., Ильницкая Т. И. и др. // Возможности современной лучевой диагностики в медицине.— М., 1989.— С. 176—178.
3. Губина Г. И. // Внутрибрюшинные гнойно-воспалительные осложнения после радикальных операций при раке желудка (диагностика и лечение): Метод. рекомендации.— М., 1980.
4. Лыткин М. И. // Профилактика и лечение послеоперационных осложнений: Учебное пособие для слушателей факультета усовершенствования врачей.— Л., 1971.
5. Маят В. С., Буромская Г. А., Алтанов Ю. П., Лалтев В. В. // Хирургия.— 1978.— № 10.— С. 23—29.
6. Пархоняк В. И., Караев И. Д., Соловьев В. А. // Вестн. хир.— 1978.— Т. 20, № 1.— С. 70—72.
7. Пилко А. С. // Рентгенодиагностика ранних осложнений после резекции желудка.— М., 1958.
8. Селезнев Ю. К. // Лучевая диагностика, прицельная биопсия и дренирование гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— Л., 1990.
9. Фридман Е. Г., Слесарева Ю. Г., Губина Г. И. // Опухоли желудочно-кишечного тракта.— М., 1981.— С. 69—73.
10. Шапкин В. С., Гриненко Ж. А. // Хирургия.— 1981.— № 9.— С. 92—94.
11. Bohar L., Sarkadi V., Göner I. // Radiol. Diagn.— 1984.— Bd 25, N. 6.— S. 735—740.
12. Kochler P. R., Moss A. // J. A. M. A.— 1980.— Vol. 244, N 1.— P. 45—53.
13. Yaques P., Mayo M., Safrit H. et al. // Amer. J. Roentgenol.— 1986.— Vol. 146, N 5.— P. 1041—1047.

Поступила 18.06.91

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.37-006.6-085.849.1-059:615.832.9:616-097

Ю. И. Патютко, Т. К. Холиков, А. И. Барканов, М. Н. Африкян

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА И КАРБОГИДРАТНОГО АНТИГЕНА (СА-19-9) У БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОДВЕРГНУТЫХ КРИОЛУЧЕВОМУ ЛЕЧЕНИЮ

НИИ клинической онкологии

В настоящее время для диагностики и оценки эффективности лечения онкологических больных широко применяется определение раково-эмбрионального антигена (РЭА) и карбогидратного антигена (СА-19-9). По данным ряда авторов, РЭА и СА-19-9 обнаруживаются в 25—79 % случаев рака легкого, желудка, поджелудочной железы, прямой и ободочной кишок [3, 5, 6, 8, 9]. У больных, подвергнутых химио-, лучевому и комбинированному лечению, снижение содержания РЭА коррелирует в 60—70 % случаев с улучшением общего состояния [2, 9]. Повышение уровня РЭА и СА-19-9 у этой категории больных выявляется при длительном динамическом наблюдении и может говорить о прогрессировании или диссеминации процесса [2, 4].

Таким образом, РЭА можно считать неспецифическим опухолевым маркером онкопатологии поджелудочной железы, изучение динамики которого имеет большую практическую значимость. В настоящее время имеются только единичные сообщения о динамике изменения уровня РЭА и СА-19-9 у больных, подвергнутых криовоздействию на опухоль [5].

Внедрение в клиническую практику комбинированного лечения злокачественных новообразований с использованием криодеструкции позво-

ляет многофакторно воздействовать на организм больных. Лечебный эффект метода заключается не только в местной криодеструкции опухоли, но и в выраженном влиянии на клеточные и гуморальные факторы противоопухолевого иммунитета путем стимуляции последнего продуктами криораспада [1, 7].

Нами проведено исследование уровня РЭА и СА-19-9 у 26 больных в возрасте от 30 до 69 лет с местнораспространенным раком поджелудочной железы, подвергнутых криолучевому лечению. Радиоиммунологический статус исследовали в период лечения и через 1, 2 и 3 мес после лечения.

При морфологическом исследовании у 23 больных обнаружена аденокарцинома различной степени дифференцировки, у 3 больных диагноз морфологически не верифицирован.

Выделено 2 группы больных: 1-я группа — 14 больных, подвергнутых криодеструкции опухоли, 2-я группа — 12 больных, получивших криолучевое лечение.

Криодеструкция проводилась с помощью аппарата «Криоэлектроника-4(2)», работающего на жидком азоте. Температура рабочей части составила от -170 до -179°C , время экспозиции варьировало от 5 до 20 мин. В зависимости от размера новообразования криовоздействие производилось с одной либо с двух точек, оттаивание всегда самостоятельное.

Для определения концентрации РЭА и СА-19-9 использовали коммерческий тест-набор реагентов фирмы «International CIS». За дискриминационную величину была принята концентрация антигена РЭА — 10 мкг/л, СА-19-9 — 40 ед/мл. Средний уровень СА-19-9 при раке поджелудочной железы составляет 389—705 ед/мл.

У 10 больных 1-й группы до лечения концентрация РЭА была повышена и составляла от 20,2 до 86,6 мкг/л, у 4 больных была в пределах нормы. В 1-е сутки после лечения у 7 больных отмечалось повышение концентрации РЭА до 40,7 мкг/л, у 7 больных — уменьшение до 2,6 мкг/л. На 5—7-е сутки у 7 больных концентра-

ция РЭА повысилась до 39,8 мкг/л, у 5 больных — уменьшилась до 2,7 мкг/л, в двух случаях изменения концентрации не отмечено. На 14-е сутки и спустя 1 мес после лечения только у 3 больных отмечалось повышение концентрации РЭА до 27,5 мкг/л. При контрольном осмотре через 3 мес у 4 больных концентрация РЭА оставалась в пределах нормы, у одного больного концентрация была повышена до 37,4 мкг/л и при направленном обследовании у него было выявлено прогрессирование заболевания (рис. 1).

У 9 больных 2-й группы до лечения концентрация РЭА была повышена до 87,8 мкг/л, у 3 больных она была в пределах нормы. В 1-е сутки после лечения концентрация РЭА у 6 больных была повышена до 48,7 мкг/л и у 6 больных понижена до 13,5 мкг/л. На 5-е и 7-е сутки у 8 больных отмечено повышение концентрации РЭА до 48,9 мкг/л, у 4 больных — понижение до 12,3 мкг/л. На 14-е сутки после начала лучевой терапии уровень концентрации РЭА снизился у 5 больных до 44,9 мкг/л, у 7 больных — до 4,7 мкг/л. На момент окончания лечения у 4 больных показатели концентрации РЭА оставались повышенными, у остальных больных — без изменения. Через 2—3 мес уровень концентрации РЭА у 3 больных был в пределах нормы, у 2 больных оставался высоким — до 66,3 мкг/л. В двух случаях через 6 мес после лечения показатели РЭА были в пределах нормы.

У всех больных 1-й группы до лечения концентрация СА-19-9 была повышена от 962 до 72 678,7 ед/мл. На 5, 7 и 14-е сутки после лечения у 8 больных она уменьшилась до 93 ед/мл, у 3 больных — понизилась до 8,4 ед/мл, у 3 больных динамики не выявлено. Через 1 и 2 мес у 6 больных концентрация СА-19-9 составляла до 49 257 ед/мл. При контрольном осмотре через 3 мес у 4 больных после криодеструкции кон-

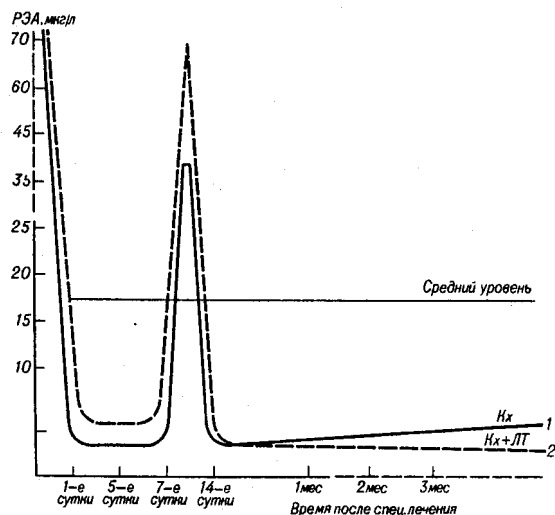


Рис. 1. Изменение концентрации РЭА у больных раком поджелудочной железы после криохирургического и криолучевого методов лечения.

Здесь и на рис. 2: 1 — больные, подвергнутые криохирургии; 2 — больные, подвергнутые криохирургии и лучевому лечению.

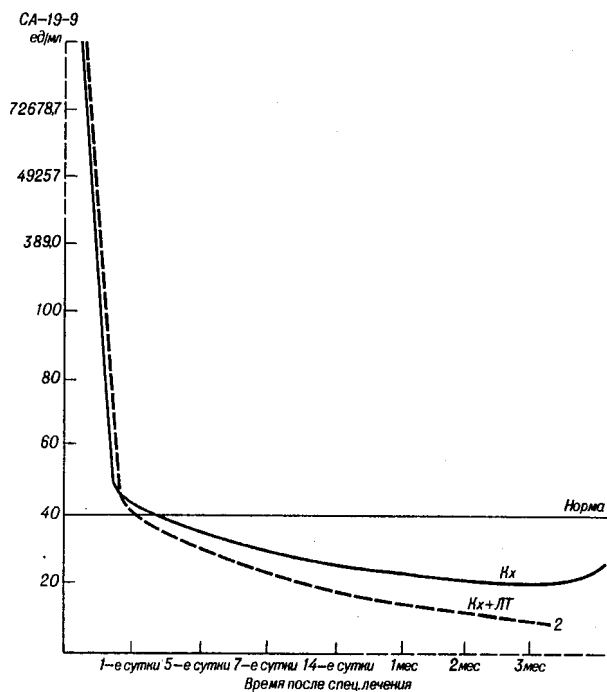


Рис. 2. Изменение концентрации СА-19-9 у больных раком поджелудочной железы после криохирургического и криолучевого метода лечения.

центрация СА-19-9 была повышена до 72 319 ед/мл. При комплексном обследовании этих больных выявлены продолженный рост опухоли и дальнейшее метастазирование (рис. 2).

У 9 больных 2-й группы до лечения концентрация СА-19-9 была повышена от 856 до 18 049 ед/мл, у 3 больных повышения не было. На 5, 7 и 14-е сутки после лечения показатели уменьшились у 6 больных до 8,4 ед/мл, у остальных больных динамики не было. В период лучевого лечения у 8 больных концентрация СА-19-9 сохранялась в пределах нормы, у 4 больных динамики не было. При контрольном осмотре после лечения через 3 мес у 5 больных концентрация СА-19-9 оставалась в пределах нормы.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что комбинированное применение криолучевого местнораспространенного рака поджелудочной железы является существенным фактором, влияющим на динамику концентрации РЭА и СА-19-9, и может служить показателем продолженного роста опухоли и эффективности проведенного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боженко Ю. Г., Кочетков А. М., Плоскирев В. А., Афанасьев В. А. // Хирургия.— 1981.— № 6.— С. 49—52.
2. Добровольский Н. М., Матвеев Е. Г., Фирсова П. П. и др. // Мед. радиол.— 1979.— № 10.— С. 43—46.
3. Иванов П. К., Самойленко В. М. // Вопр. онкол.— 1984.— Т. 30, № 9.— С. 55—59.
4. Клименков А. А., Ткачева Г. А., Гладиков Ю. В. и др. // Мед. радиол.— 1979.— № 10.— С. 39—43.
5. Мясоедов Д. В., Крупка И. Н., Вьюницкая Л. В. // Вопр. онкол.— 1986.— Т. 32, № 5.— С. 43—46.
6. Ожерельев А. С., Самойленко В. М., Иванов П. К., Комаров И. Г. Опухоли желудочно-кишечного тракта: Сборник науч. трудов.— Вып. 4.— М., 1986.— С. 55—58.
7. Ablin R. J., Fontana V. // Criobiology.— 1980.— Vol. 17.— P. 170—177.
8. Hansen H. J., Snyder J. J., Millaer E. et al. // Hum. Path.— 1974.— Vol. 5.— P. 139—147.
9. Vider M., Kashmini R., Mecer W. R. et al. // Amer. J. Roentgenol.— 1975.— Vol. 124.— P. 630—635.

Поступила 29.01.91

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.681-006.04-033.2-073

Р. И. Габуня, С. В. Ширяев, В. Н. Шолохов, Ю. Б. Богдасаров

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЗАБРЮШИННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЬЮ ЯИЧКА

НИИ клинической онкологии

Опухоли яичка составляют около 2 % всех злокачественных новообразований у мужчин. В связи с наличием развитой сети лимфатических сосудов яичка эти опухоли быстро метастазируют в забрюшинные лимфатические узлы [8]. В связи с этим наряду с выявлением первичной опухоли яичка большое значение приобретает своевременная диагностика метастатического поражения забрюшинных лимфатических узлов.

В последнее время все более широкое применение получают не только традиционная нижняя прямая рентгеноконтрастная лимфография, но

и неинвазивные и простые в исполнении ультразвуковой и радионуклидные методы исследования.

Ультразвуковая томография уже зарекомендовала себя как эффективный метод топической диагностики поражения забрюшинных лимфатических узлов при системных и солидных опухолях [1, 2, 6, 7].

С другой стороны, для диагностики специфического поражения забрюшинных лимфатических узлов, особенно при злокачественных лимфомах, успешно используется позитивная скintiграфия с ^{67}Ga -цитратом [5]. В литературе имеются сообщения о применении этого относительно туморотропного радиофармпрепарата (РФП) для исследования больных с семиномой и другими герминогенными опухолями яичка [3, 4]. Эти работы имеют большое практическое значение, поскольку с помощью ^{67}Ga -цитрата возможно определение активности опухолевой ткани. Такой подход дает возможность количественно оценить эффективность терапии распространенных опухолей яичка: степень регрессии или созревания конгломерата пораженных лимфатических узлов будет определяться интенсивностью понижения аккумуляции ^{67}Ga -цитрата соответственно метастазам.

Целью настоящей работы является определение информативности ультразвуковой томографии при топической диагностике поражения забрюшинных лимфатических узлов и изучение возможностей скintiграфии с ^{67}Ga -цитратом как дополнительного метода оценки активности опухолевой ткани при исследованиях больных с опухолями яичка до начала химиолучевого лечения.

Материал и методы. Обследовано 58 больных со злокачественными опухолями яичка в возрасте от 18 до 42 лет. Диагноз заболевания был установлен на основании морфологического исследования после орхифунгулэктомии. Гистологические варианты злокачественных опухолей яичка распределялись следующим образом: эмбриональный рак — 21, семинома — 18, тератокарцинома — 11, опухоли, имеющие сложное строение — 8. В результате комплексного обследования у 32 из 58 больных было выявлено метастатическое поражение забрюшинных лимфатических узлов.

Ультразвуковая томография забрюшинного пространства была произведена всем больным на аппарате, работающем в режиме реального времени, оснащенный датчиками секторного и линейного электронного сканирования с частотой 3,5 МГц. В течение трех дней перед исследованием проводилась предварительная подготовка пациентов по общепринятой методике для снижения содержания газов в кишечнике. Исследования выполняли в положении пациента лежа на спине со стороны передней брюшной стенки в поперечном, продольном и при необходимости в дополнительных направлениях. Ориентирами для поиска увеличенных узлов служили передняя поверхность тел позвонков, аорта, нижняя полая вена, подвздошные сосуды и сосуды почек.

Позитивная скintiграфия брюшной полости с ^{67}Ga -цитратом выполнена у 32 больных с метастатическим поражением забрюшинных лимфатических узлов. Исследования проводили через 48 ч после внутривенного введения 185 МБк РФП. Накануне и непосредственно перед процедурой больным проводили очистительные клизмы для удаления содержимого кишечника, с которым выводится ^{67}Ga -цитрат. Скintiграфию выполняли на гамма-камере ФО-Гамма-IV (фирма «Nuclear Chicago», США) с использованием дивергентного коллиматора для средних энергий (410 кэВ). Коллиматор центрировали над областью пупка. При каждом исследовании производился набор 150 тыс. импульсов. Результаты скintiграфии обрабатывали на ЭВМ PDS-3, включая отсечку фона, сглаживание и контрастирование.