

Из 6 больных, которым проведена послеоперационная дополнительная химиотерапия, 1 умер на первом году, 3 — в течение первых 2 лет, 2 живы в сроки наблюдения 29 и 70 мес.

2 больных, которые получили в предоперационном периоде химиолучевое лечение в связи с распространенностью процесса, умерли в течение 1 года наблюдения.

В целом в группе больных с метастазами злокачественных опухолей в лимфатические узлы шеи без выявленной первичной опухоли 5- и 10-летняя выживаемость составила 36,6 и 20,1 %.

Таким образом, анализ наших данных позволяет считать, что больные с метастазами злокачественных опухолей в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага не могут быть отнесены к группе бесперспективных с точки зрения лечения и прогноза.

Выводы. 1. Изолированное поражение лимфатических узлов шейно-надключичной области составляет 15,6 % среди больных метастазами злокачественных опухолей в лимфатические узлы без выявленного первичного очага.

2. На прогноз заболевания при метастазах злокачественных опухолей в лимфатические узлы шеи из невыявленного первичного очага оказывают влияние клинический характер пораженных лимфатических узлов, локализация метастазов на шее, их гистологическая форма и распространенность процесса по показателю N. Более благоприятное влияние на прогноз оказывали единичный характер поражения метастазов, локализация в верхних и средних отделах шеи, плоскоклеточная и недифференцированная гистологическая форма и распространенность процесса, соответствующая N1.

3. Методом выбора лечения больных с метастазами злокачественных опухолей в лимфатические узлы шеи без выявленной первичной опухоли следует считать при возможности оперативное вмешательство в комбинации с лучевой терапией. При неоперабельных метастазах целесообразна лучевая терапия в самостоятельном виде или в сочетании с химиотерапией в зависимости от гистологической формы опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер Р. И., Валдина Е. С., Мушковская Ю. И. // Вопр. онкол. — 1972. — Т. 18, № 2. — С. 9—13.
2. Классификация злокачественных опухолей TNM, 1989.
3. Матякин Е. Г., Паришкова С. М. // Вестн. ВОНЦ АМН СССР. — 1990. — № 2. — С. 33—35.
4. Медведев В. С., Втюрин Б. М., Сеников М. В., Матякин Г. Г. // Вестн. оторинолар. — 1976. — № 3. — С. 69—72.
5. Полуэтов Ю. А., Залкинд П. Р. // Клин. хир. — 1977. — № 5. — С. 40—45.
6. Фалилеев Г. В. // Опухоли головы и шеи: Сборник науч. трудов. Вып. 8 / Под ред. А. И. Пачеса. — М., 1987. — С. 142—148.
7. Федотенко С. П. // Опухоли головы и шеи: Сборник науч. трудов. Вып. 2 / Под ред. А. И. Пачеса, Г. В. Фалилеева. — Ташкент, 1977. — С. 42—44.
8. Aabo K. // Ugeskr. Laeger. — 1987. — Vol. 149, N 2. — P. 76—79.
9. Bernal M. P., Cazap E. L., Esteve B. A., Uboldi J. L. // Rev. Latinoamer. oncol. clin. — 1982. — Vol. 20, N 5. — P. 5—19.
10. Cononico A. N. // Rev. argent. cancerol. — 1980. — Vol. 18, N 3. — P. 7—13.

11. Geiger Ch., Sauer R. // Laryngol., Rhinol., Otol. — 1978. — Vol. 157, N 9. — P. 844—850.
12. Glauzmann Ch., Aberte H., Horst W. // Strahlentherapie. — 1976. — Vol. 152, N 34. — P. 345—351.
13. Hordstrom D. G., Tewfik H. H., Latourette H. B. // Int. J. Radiat. Oncol., Biol., Phys. — 1979. — Vol. 5, N 1. — P. 73—76.
14. Konstantinidis E., Markowski B., Ernst H. // Strahlentherapie. — 1981. — Vol. 157, N 6. — P. 375—380.
15. Pacini P., Olmi P., Cellai E., Chiavacci A. // Acta radiol., oncol., Radiat. Ther., Phys. and Biol. — 1981. — Vol. 20, N 5. — P. 311—314.
16. Pasterz R., Savarai N., Burgess M. // J. clin. Oncol. — 1986. — Vol. 4, N 11. — P. 1652—1657.
17. Rapoport A. // Tumori. — 1976. — Vol. 62, N 5. — P. 473—484.
18. Sancho H., Hauss G., Saravane D. // Ibid. — 1977. — Vol. 63, N 3. — P. 259—266.
19. Scoli B., Lozano M. A., Beloso E. et al. // Acta otorinolaryngol. esp. — 1987. — Vol. 38, N 4. — P. 239—241.
20. Snow G. B., Annyas A. A., Van Slooten E. A. et al. // Clin. otolaryngol. — 1982. — Vol. 7, N 3. — P. 185—192.

Поступила 26.09.91

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.329-006.6:612.2

В. Л. Кассиль, М. И. Давыдов, Д. А. Шехонина, С. К. Аманнизова, Т. С. Павлова, В. В. Тимошенко

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

НИИ клинической онкологии

Функциональному исследованию дыхания у больных раком пищевода в настоящее время уделяется пристальное внимание. Изменения, отмеченные при этом, авторы связывают с наличием у этих больных сопутствующей патологии, возрастом, потерей массы [1—3, 5].

Качественная оценка функционального состояния системы дыхания в предоперационном периоде может иметь определенное значение при прогнозировании течения послеоперационного периода, который может сопровождаться большим числом осложнений и достаточно высокой летальностью [4, 6, 7].

В связи с этим целью настоящего исследования явилось сопоставление результатов комплексного исследования функции внешнего дыхания с клиническими данными у больных раком пищевода перед хирургическим лечением.

Материал и методы. Обследован 61 больной раком пищевода (50 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 26 до 72 лет (до 60 лет — 49, старше 60 лет — 12 человек), средний возраст $56 \pm 1,8$ года. У 37 больных основной массив опухоли располагался в среднегрудном отделе пищевода, у 24 — в нижнем отделе. I стадия заболевания была у 2 (3,2 %) больных, II стадия — у 24 (39,3 %), III стадия — у 34 (55,7 %), IV стадия — у 1 (1,6 %).

Сопутствующие заболевания (хронический бронхит, пневмосклероз, эмфизема легких, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь) выявлены у 47 (70,8 %) больных.

Больных исследовали в условиях относительного покоя в положении лежа на спине. Объемы и емкости легких определяли с помощью спиро-

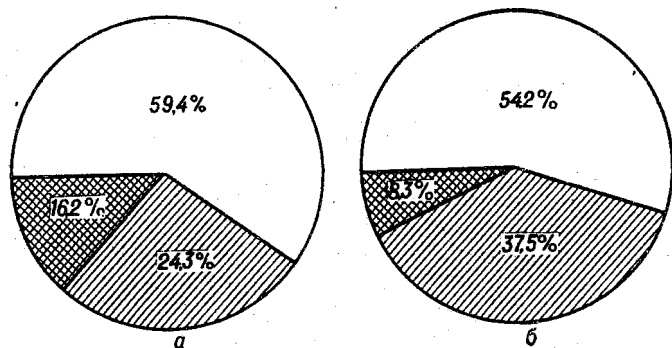


Рис. 1. Зависимость степени ДН от локализации опухоли пищевода.

Незаштрихованный сектор — больные без ДН, сектор с косой штриховкой — больные с ДН I, со штриховкой в клетку — больные с ДН II. а — локализация опухоли в среднегрудном, б — в нижнегрудном отделе пищевода. Здесь и на рис. 3 и 4 указан процент от числа больных.

графа закрытого типа «Spirotest» модель 3 (фирма «Jaeger», ФРГ). Меняя положение больного, регистрировали «функциональное участие» правого и левого легкого в акте дыхания по методике F. Bergan — латеральный тест Бергана — (ЛТБ). По спирограммам рассчитывали частоту дыхания, дыхательный объем, минутный объем дыхания, жизненную емкость легких (VC), форсированную жизненную емкость легких (FVC), однократную форсированную жизненную емкость (FVC1) и ее отношение к VC ($VC/FVC1$), максимальную вентиляцию легких (MVV), резервы дыхания (RB), потребление кислорода (VO_2), коэффициент использования кислорода. Кроме того, исследование биомеханики дыхания дополняли изучением кривой «поток — объем» максимального выдоха с учетом данных форсированной жизненной емкости легких (FVC), объема форсированного выдоха в первую секунду, выраженного в процентах по отношению к VC ($FVC1\%$), максимальной скорости выдоха (PEF), скорости потока выдыхаемого воздуха на этапах 25, 50, 75 % форсированной жизнен-

ной емкости легких (FEF 25 %, FEF 50 %, FEF 75 %), используя аппарат фирмы «Chest» (Япония). Содержание CO_2 в выдыхаемом альвеолярном воздухе определяли при помощи капнографа «Pneumotest» (фирма «Jaeger», ФРГ), по формуле E. Bohr рассчитывали отношение физиологического мертвого пространства к дыхательному объему (Vd/Vt). Микрометодом Аструп определяли кислотно-основное состояние (КОС) и газовый состав крови на аппарате фирмы «Radiometr ABC-1» (Дания). Дыхательную недостаточность оценивали по процентному отношению фактических величин VC, FVC, MVV к их должным значениям, используя классификацию Н. Н. Канаева (1974).

Для выявления резервных возможностей систем дыхания и кровообращения использовали метод индивидуальной дозированной нагрузки, разработанный Б. Н. Преварским. При этом на табло велоэргометра (фирма «Tunturi», Финляндия) устанавливали рассчитанную по должному максимальному потреблению кислорода обследуемого (ДМПК) нагрузку (в ваттах) при 60 об/мин. Весь цифровой материал обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования функции внешнего дыхания все больные были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 35 больных раком пищевода без дыхательной недостаточности (ДН), во 2-ю группу — 18 больных с ДН I степени, в 3-ю группу — 8 больных с ДН II степени.

Обструктивный тип ДН выявлен в 44,1 % случаев, смешанный — в 41,2 % и рестриктивный тип — в 14,7 %. Признаки неравномерности вентиляции ($Vd/Vt > 0,35$) выявлены у 87,5 % больных. Умеренно выраженная артериальная гипоксемия ($pO_2 < 70$ мм рт. ст.) отмечалась у 53,4 % больных.

Во всех трех группах имелись больные с сопутствующими заболеваниями дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Процентное соотноше-

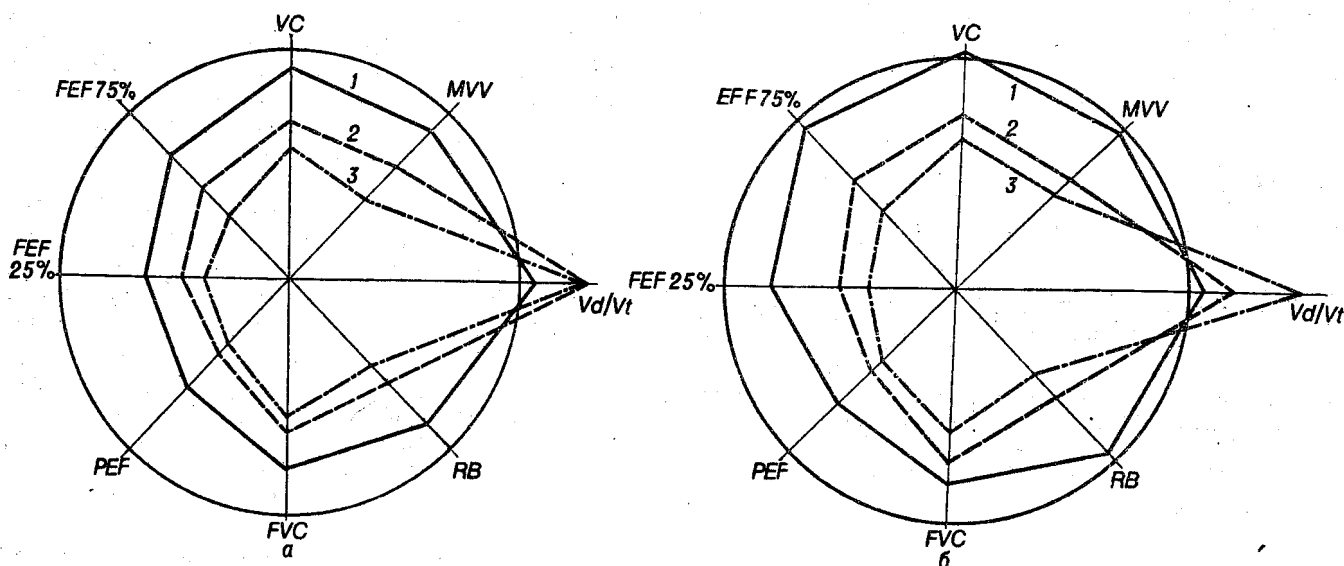


Рис. 2. Изменение параметров функции внешнего дыхания при раке среднегрудного отдела (а) и нижнегрудного отдела пищевода (б) в зависимости от выраженности ДН (по окружности отложены должные величины). 1 — больные без ДН, 2 — больные с ДН I, 3 — больные с ДН II.

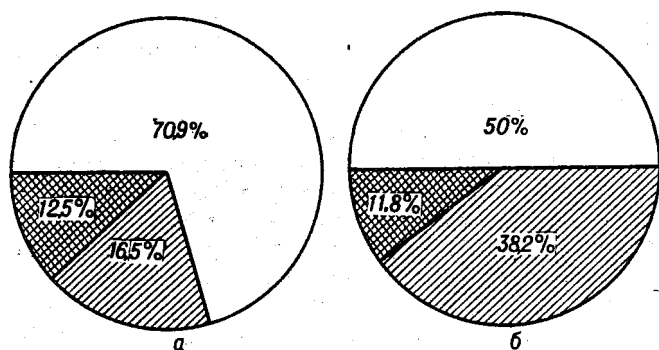


Рис. 3. Зависимость степени ДН от стадии заболевания.

Незаштрихованный сектор — больные без ДН, сектор с косой штриховкой — больные с ДН I, со штриховкой в клетку — больные с ДН II. а — II стадия заболевания, б — III стадия заболевания.

ние наличия сопутствующего заболевания и выраженности функциональных нарушений не выявило их четкой взаимозависимости (в группе без ДН — 74,3 % больных с сопутствующими заболеваниями, а в группе с ДН — 76,3 %). Абсолютной зависимости между функциональными нарушениями дыхания и возрастом также не было выявлено.

Сопоставление результатов исследования дыхания с уровнем локализации опухоли позволило установить, что ДН встречается примерно с одинаковой частотой при локализации опухоли как в среднегрудном, так и в нижнем отделе пищевода (40,5 и 45,8 %). Однако у больных с поражением среднегрудного отдела пищевода ДН II встречалась почти вдвое чаще (рис. 1), чем при опухоли, располагающейся в нижнем отделе пищевода.

Своеобразной оказалась и структура показателей функции дыхания. Структура изменения показателей функции внешнего дыхания при локализации опухоли в среднегрудном отделе и нижнем отделе пищевода представлена на рис. 2. По окружности отложены должные величины ряда параметров, отклонение которых носило достоверный характер. Как видно на рис. 2, у больных с отсутствием клинических признаков ДН имело место увеличение показателя V_d/V_t ($0,44 \pm 0,01$ для среднегрудного отдела и $0,42 \pm 0,3$ для нижнегрудного отдела пищевода), уменьшение FVC ($83,3 \pm 3,1$ и $83,5 \pm 7,0$ % соответственно), снижение PEF ($64,9 \pm 3,6$ и $69,0 \pm 8,7$ % соответственно), снижение FEF 25 % ($65,7 \pm 3,7$ и $77,6 \pm 5,8$ % соответственно). Однако обращает на себя внимание, что у больных с поражением среднегрудного отдела пищевода наряду с указанными нарушениями имело место и снижение RB ($86,2 \pm 3,2$ %) и FEF 75 % ($65,4 \pm 7,2$ %). При наличии ДН I изменения указанных параметров углублялись, но еще в большей степени это было отмечено при ДН II. При последней оказались значительно сниженными VC ($58,1 \pm 6,4$ % для среднегрудного и $65,5 \pm 11,8$ % для нижнегрудного отдела пищевода), MVV ($48,1 \pm 3,5$ и $58,0 \pm 1,3$ % соответственно), а также RB ($41,2 \pm 3,8$ и $49,0 \pm 6,3$ % соответственно). На рис. 2 видно, что у больных с ДН II существенно усиливаются как обструктивные, так и рестриктивные процессы в легких, при-

чем это значительно более выражено при локализации опухоли в среднегрудном отделе пищевода.

Анализ результатов исследования дыхания и стадии заболевания показал, что наибольшая вероятность выявления ДН имела при II и III стадиях заболевания. При этом общее число больных с ДН при III стадии заболевания было значительно больше (50 %), чем при II стадии (29,1 %), и процент больных с ДН в этой группе возрастает за счет увеличения больных с ДН I (рис. 3).

Данные «функционального участия» правого и левого легкого в акте дыхания (рис. 4, а) свидетельствуют, что у большинства (70,9 %) больных раком пищевода «функциональное участие» правого легкого снижено и за счет этого снижения формируется в первую очередь ДН. Особенно это выражено при локализации опухоли в нижнем отделе пищевода (рис. 4, б, в).

Рассчитанная по методике Б. Н. Преварского индивидуальная дозированная нагрузка составляла по мощности субмаксимальную (35—50 % ДМПК, от 53 до 100 Вт). Несмотря на то что у основного контингента обследованных больных (30) ДН в покое или не выявлялась, или не была выраженнее ДН I, но имелись сопутствующие заболевания, переносимость нагрузки была разной. У 63 % больных выявились сниженные резервные возможности дыхательной и сердечно-сосудистой систем, что выражалось в ухудшении общего состояния, значительном увеличении периода восстановления, повышении систолического давления на 60—80 мм рт. ст., гиперкапнии ($pCO_2 > 46$ мм рт. ст.) и артериальной гипоксемии.

Таким образом, из 61 обследованного больного раком пищевода у 26 (42,6 %) были обнаружены нарушения биомеханики дыхания. Эти нарушения, приведшие к той или иной степени ДН, чаще встречались у больных с III стадией заболевания, были более выражены при по-

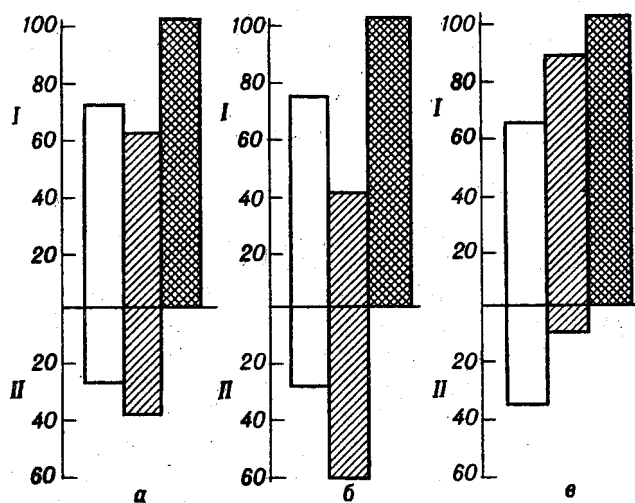


Рис. 4. «Функциональное участие» в акте дыхания правого (I, ниже 50 %) и левого (II, ниже 45 %) легкого у больных раком пищевода при различной степени ДН.

Незаштрихованный столбик — больные без ДН, с косой штриховкой — больные с ДН I, со штриховкой в клетку — больные с ДН II. а — для всей выборки, б — поражение среднегрудного отдела пищевода, в — поражение нижнегрудного отдела пищевода.

ражении среднегрудного отдела пищевода, чем нижнегрудного. В их формировании первоочередное значение имело нарушение функции правого легкого. Объяснение этим особенностям расстройств биомеханики дыхания лежит в ряде анатомо-физиологических закономерностей. Опухоль (и лимфатические узлы) среднегрудного отдела пищевода может сдавливать или вовлекать в патологический процесс легочные ветви блуждающего нерва, а также бронхиальные артерии, что существенно сказывается на функции легких. Если же учесть, что в среднегрудном отделе пищевод отклонен вправо, становится понятной большая роль правого легкого в развитии ДН, чем левого.

Снижение резервных возможностей основных систем организма, выявленных во время нагрузки, по-видимому, является результатом истощения больных (у большинства потеря массы за короткий срок составила 10—15 кг) и метаболическими нарушениями.

Все указанные особенности должны быть учтены при выборе метода лечения и подготовке больных раком пищевода к оперативному вмешательству.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Ю. Е. Рак пищевода. — М., 1979.
2. Мамонтов А. С., Кухаренко В. М., Гришин А. В. и др. // Грудная хир. — 1988. — № 4. — С. 59—63.
3. Рындин В. Д., Давыдов М. И., Алиев М. Г. // Клин. хир. — 1986. — № 10. — С. 12—14.
4. Delalande J. P., Lorach P., Le Pade J. L. // Cah. Anesthesiol. — 1986. — Vol. 36, N 5. — P. 367—372.
5. Muehrcke D. D., Kaplan D. K., Donnelly R. J. // Thorax. — 1989. — Vol. 44, N 2. — P. 141—145.
6. Nishi M., Hiramatsu Y., Hioki K. et al. // Brit. J. Surg. — 1988. — Vol. 75, N 6. — P. 527—530.
7. Sakurai H., Logan F., McElhinney A. J. // Mount Sinai J. Med. — 1987. — Vol. 54, N 5. — P. 401—408.

Поступила 4.07.91

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.37-006.6-02:612.018

Н. Е. Кушлинский, Ю. И. Патютко, Р. К. Богов, А. Т. Лагошский, Л. С. Бассалык, Л. Т. Лякина

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ГОРМОНОЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ?

НИИ клинической онкологии

Совсем еще недавно гормонотерапия применялась только при двух формах рака: молочной и предстательной желез. Однако чем дальше продвигается всестороннее изучение проблем онкологии, тем очевиднее становится несомненная роль гормонов в генезе злокачественных новообразований, в процессах обмена веществ в организме и опухоли [2, 4]. Гормоны создают условия, способствующие или, напротив, препятствующие индуцированию злокачественной трансформации клетки, а также влияют на такие стадии канцерогенеза, как промоция и прогрессия [4]. Учитывая это, в последние годы методы гормонотерапии начали применять не только при раке молочной железы и простаты, но и при других опухолях: при раке щитовидной железы

и эндометрия, при опухолях яичника и тимуса, при раке гортани и меланоме, а в экспериментах, кроме того, при раке коры надпочечника и гипернефроме [5].

В литературе появились первые предварительные сообщения об использовании эндокринной терапии при раке поджелудочной железы [6, 13, 14]. При этом гормоны применяли не только в комбинированных, но и комплексных методах лечения этого заболевания.

Клиническими наблюдениями показана связь между частотой выявления рака поджелудочной железы и полом больных, мужчины заболевают чаще, чем женщины [1]. Поджелудочная железа не считается классической гормонозависимой тканью-мишенью для половых стероидов, однако в ряде работ показано, что терапия эстрогенами влияет на ее функциональную активность [13]. Кроме того, введение радиоактивных стероидных гормонов экспериментальным животным обнаружило их значительное накопление в эндокринной части поджелудочной железы. Основанием для гормонотерапии рака поджелудочной железы послужили экспериментальные исследования, которые обнаружили влияние эстрогенов и пролактина на развитие ДМБА-индуцированной карциномы поджелудочной железы [12, 13], а также выявили метаболизм эстрон-сульфата в биологически активный эстрадиол-17β в гомогенате поджелудочной железы, что более характерно для гормоночувствительных тканей, таких как рак молочной железы, эндометрий и аденома предстательной железы [2].

В более поздних исследованиях в опухолях поджелудочной железы экспериментальных животных и человека были выявлены рецепторы половых стероидных гормонов — андрогенов и эстрогенов [8, 9]. Последнее может свидетельствовать о возможной чувствительности клеток поджелудочной железы к стероидам, так как, за редким исключением, не вызывает сомнений, что механизм действия стероидных гормонов на метаболические процессы в тканях-мишенях реализуется посредством процесса рецепции [1, 2]. Поскольку наличие белков-рецепторов в клетках-мишенях является одним из этапов в механизме действия половых стероидных гормонов, их определение в опухолях поджелудочной железы может иметь теоретический интерес в понимании роли стероидов в патогенезе болезни, а также практический — позволит выделить новообразования, чувствительные к эндокринной терапии.

Цель настоящего исследования — изучение рецепторов андрогенов в цитозольной фракции рака в сравнении с нормальной тканью поджелудочной железы.

Материалы и методы. В исследование включены 23 больных раком поджелудочной железы: 15 мужчин и 8 женщин в возрасте от 29 до 65 лет. Всем больным проводилось комплексное обследование, которое включало ультразвуковое исследование, пункционную биопсию опухоли, компьютерную томографию, прицельную ангиографию, функциональное биохимическое обследование печени и почек. Болевой синдром отмечен у 22 больных, желтуха — у 7 (с длительностью от 12 до 37 дней), давность анамнеза соста-