

Инструментальными методами удается зафиксировать наличие в увеличенной селезенке объемного образования с четкими ровными контурами. Окончательный диагноз гамартоты селезенки может быть установлен только при гистологическом исследовании; в связи с этим спленэктомия является как завершающим диагностическим, так и основным лечебным мероприятием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барта И. Селезенка: анатомия, физиология, патология, клиника. — Будапешт, 1976.
2. Еришов Ю. А., Суворова Е. В., Минкина С. М., Гласко Е. Н. // Гематол. и трансфузиол. — 1988. — Т. 33, № 8. — С. 53—56.
3. Beham A., Hermann W., Vennigerholz F. et al. // Virchows Arch. — 1989. — V. 44, N 6. — P. 535—539.
4. Falk S., Stutte H.J. // Histopathology. — 1989. — V. 14, N 6. — P. 603—612.
5. Masuda M., Maruyama M., Tanaka A. et al. // Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi. — 1990. — V. 87, N 12. — P. 2680—2684.
6. Moryenstern L., Mc Cafferty L., Rosenberg Y. et al. // Arch. Surg. — 1984. — V. 119, N 11. — P. 1291—1293.
7. Moryenstern L., Rosenberg Y., Geller S. // World J. Surg. — 1985. — V. 9, N 3. — P. 468—476.
8. Norowitz D.G., Morehouse H.T. // Comput. Med. J. imaging Graph. — 1989. — V. 13, N 4. — P. 347—350.
9. Silverman M., Li Volve V. // Amer. Y. Clin. Pathol. — 1978. — V. 70, N 2. — P. 224—229.
10. Yamada Y. et al. // Nippon shokokibyō Gakkai zasshi. — 1990. — V. 87, N 2. — P. 2685—2689.
11. Yamaguchi K., Maeda S., Kitamura K. // Jap. J. Surg. — 1989. — V. 19, N 3. — P. 381—386.

Поступила 04.10.94

© Коллектив авторов, 1994
УДК 616.617, 553-006-08

А. А. Клименков, А. И. Барканов, А. А. Баронин,
Е. Ф. Ананенков, А. М. Сарфудин

КОМБИНИРОВАННОЕ И ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

НИИ клинической онкологии

Лечение злокачественных неорганных опухолей забрюшинного пространства представляет большие трудности. Данные опухоли диагностируются, как правило, в поздней стадии заболевания, когда, достигнув больших размеров, вступают в тесную связь с крупными кровеносными сосудами (нижней полую вену, аорту, подвздошными сосудами) и соседними органами. Поэтому значительное число больных (25—30%) не оперируют. Из числа оперированных больных радикальная операция выполняется только у 50—60%, паллиативное удаление опухоли производится у 10—15%, пробная лапаротомия у 25—30% больных [1]. Причем радикальную операцию во многих случаях можно назвать условно-радикальной, так как число рецидивов опухоли после нее в ближайшие 1—2 года достигает 50%.

Лучевая терапия (ЛТ) изредка применяется при неорганных забрюшинных опухолях в предоперационном или послеоперационном плане. Средняя длительность жизни больных после нерадикального удаления опухоли составляет только 6 мес [4]. Послеоперационное облучение в дозах 35—40 Гр несколько увеличивает ее, в частности, 5-летняя продолжительность жизни наблюдается у 4% больных [2, 3, 4]. Предоперационное облучение в дозах 20—30 Гр не увеличивает резектабельности опухоли [2].

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 1985 г. находились 80 больных злокачественными неорганными опухолями забрюшинного пространства, из которых мужчин было 38, женщин 42. В возрасте 15—20 лет находились 5 (6,3%), 21—30 лет 6 (7,5%), 31—40 лет 16 (20%), 41—50 лет 25 (31,3%), 51—60 лет 15 (19,9%), и 61—70 лет 13 (15%) больных. Таким образом, подавляющее большинство — 56 (70%) — больных находились в возрасте 31—60 лет. Средний возраст больных составил 45,2 года.

Забрюшинные опухоли были, как правило, больших размеров. Изученные на основании данных компьютерной, ультразвуковой томографии или оперативного вмешательства размеры опухоли у 56 больных были следующими. Опухоли до 10 см в наибольшем измерении отмечены только у 10 (17,8%) больных, до 15 см — у 13 (23,2%), до 20 см — у 19 (34%), до 25 см — у 14 (25%) больных. Средний размер забрюшинных опухолей составил 13,1х13,5 см.

Изучение гистологического строения опухоли показало, что наиболее часто, т. е. у 50 из 80 больных (62,5%), наблюдались злокачественные опухоли мезенхимного происхождения: липосаркомы (15), ангиосаркомы (12), лейомиосаркомы (10), фибросаркомы, мезенхимомы и др. Значительно реже наблюдались опухоли неврального происхождения — у 18 (22,5%) больных, в частности, злокачественные шванномы [9] и нейрофибромы (5). У 8 (10%) больных установлен злокачественный характер опухоли без уточнения ее гистогенеза, у 4 (5%) были забрюшинные десмоидные опухоли.

Лишь 5 (6,2%) больных не оперированы из-за распространения опухоли на крупные кровеносные сосуды или смежные органы, у остальных по месту жительства или в ОНЦ выполнены следующие операции: пробная лапаротомия у 14 (17,5%), радикальное (26) или паллиативное (35) иссечение опухоли у 61 больного. Причем у 20 (25%) человек было несколько операций, в частности, у 14 по 2 операции, у 4 по 3 и у 2 по 4 операции удаления рецидивов опухоли. Рецидив заболевания после радикальной операции наступал в среднем через 13,5 мес, после паллиативной через 3—4 мес вновь возвращалась симптоматика заболевания и прежде всего резкий болевой синдром.

Лучевая терапия у 41 больного заключалась в дистанционной гамма-терапии, у 39 — в облучении тормозным излучением с энергией 15—18 МэВ. Первая, как правило, проводилась с 3 полей, вторая — с 2 встречно направленных полей больших размеров. Так, поля облучения размером 9—10х10—12 см применены только у 8,5%, 13—19х16—19 у 47,9%, 20—24х20—26 см у 43,6% больных. Средний размер полей облучения составил 15х19 см. 24 больным для уменьшения лучевых реакций облучение проводилось на фоне вдыхания газовой смеси, содержащей 9% кислорода и 91% азота (ГГС-9).

Результаты и обсуждение. Наблюдения показали, что лучевая терапия неорганных забрюшинных опухолей затруднена вследствие больших размеров опухоли и необходимости облучения всего или почти всего объема брюшной полости. Ее осложняли также предшествующие весьма травматичные операции удаления опухоли. По нашим наблюдениям, у 30% больных радикальное или паллиативное удаление опухоли сопровождалось нефрэктомией или спленэктомией, резекцией желудка. Общая и местная лучевая реакции в этих условиях возникали в ранние сроки и часто вынуждали прекратить лечение.

Данные о результатах лечения представлены в табл. 1. Полный курс лучевой терапии в дозах 55—65 Гр проводился после пробной лапаротомии, у неопериро-

Таблица 1. Характер лечения злокачественных неорганных забрюшинных опухолей

Характер лечения	Число больных	%	РОД, Гр	СОД, Гр	изо Гр	ВДФ, ед.
Полный курс лучевой терапии	21	26,3	2	55—65	—	86—105
Комбинированное лечение с послеоперационным облучением	20	25	2	40—45	—	66—73
Предоперационная гипоксирadiотерапия	15	18,7	3	42—45	52—56	86—92
Симптоматическое облучение с обезболивающей целью	15	18,7	2,5—3	18—30	22—38	33—62
Облучение прервано	9	11,3	2	4—26	—	—
Всего...	80	100,0	—	—	—	—

ванных больных или в тех случаях, когда основная масса опухоли после паллиативной операции осталась неудаленной. Послеоперационное облучение в дозах 40—45 Гр выполняли тогда, когда в результате удаления опухоли грозила опасность диссеминации клеток в брюшной полости (вскрыта капсула опухоли, опухоль отделена от смежных органов «острым» путем).

Как видно из табл. 1, у значительной части больных (30%) облучение было прервано или проведена симптоматическая лучевая терапия с целью обезболивания. Причиной прекращения лечения у 5 больных была стойкая лейкопения 1800—2000 клеток в 1 см³ крови, у 2 — генерализация опухолевого процесса. У 15 больных тяжелое общее состояние не позволило запланировать полный курс лучевой терапии, которое было проведено увеличенными РОД (2,5—3 Гр) в течение 7—10 дней в целях анальгезии.

Для повышения операбельности неорганных забрюшинных опухолей нами разработана методика предоперационной гипоксирadiотерапии (ГРТ) увеличенными разовыми (3 Гр) и высокими суммарными (52—56 изоГр) дозами. Облучение проводилось 5 раз в неделю на фоне вдыхания больным ГГС-9, операция выполнялась через 4 нед после окончания гипоксирadiотерапии. Из 15 больных оперировано 13, два не оперированы ввиду полной (100%) регрессии опухоли. Всем больным за 2—3 мес до ГРТ была выполнена пробная лапаротомия. У 3 больных операция выполнена в ОНЦ, у 10 — в онкодиспансерах или других лечебных учреждениях по месту жительства. Причиной неоперабельности

Таблица 2. Общая лучевая реакция при ГРТ и ЛТ злокачественных неорганных забрюшинных опухолей

Характер лучевой реакции	Гипоксирadiотерапия (ГРТ)		Лучевая терапия (ЛТ)	
	число больных	%	число больных	%
Выраженная лучевая реакция	2	8,3	5	20,8
Умеренная лучевая реакция	3	12,5	7	29,2
Незначительная лучевая реакция	9	37,5	4	16,7
Без реакции	10	41,7	8	33,3
Всего...	24	100,0	24	100,0

опухоли было ее распространение на смежные органы (прямую кишку, матку, мочевой пузырь — 5), на костные или мышечные структуры стенки таза (3), а также связь опухоли с магистральными кровеносными сосудами (5). После курса ГРТ 7 больных оперированы радикально, 3 выполнено частичное удаление опухоли из-за связи ее с кровеносными сосудами, 3 пробная лапаротомия. Несмотря на большую предоперационную дозу, спаек, кровоточивости тканей в ходе операции не наблюдалось, послеоперационный период протекал без осложнений. Исследования продолжаются.

Проведено изучение лучевых реакций при гипоксирadiотерапии и лучевой терапии забрюшинных опухолей. Лучевые дозы в обеих группах отличались незначительно, в частности, при ГРТ они составляли в среднем 40,2 Гр, при ЛТ — 36,3 Гр. Из табл. 2 видно, что выраженная и умеренная общая лучевая реакция при ГРТ наблюдалась в 2,5 раза реже чем при ЛТ. Выраженная общая лучевая реакция заключалась в бессоннице, общей слабости, потере аппетита, постоянной тошноте, многократной рвоте и (или) лейкопении 1500—2000 клеток в 1 см³ крови. Умеренная общая лучевая реакция заключалась в незначительной общей слабости, снижении аппетита, непостоянной тошноте, периодической (1—2 раза в нед) рвоте в течение первой половины лечения и (или) лейкопении (2000—3000 клеток). Применение дезинтоксикационной, гемостимулирующей и противорвотной терапии, вдыхания гипоксической газовой смеси было весьма эффективно в данном случае и позволяло провести полный курс облучения. Незначительная общая лучевая реакция выражалась в нерезкой общей слабости и непостоянной, в первую половину лечения, тошноте. Она, как правило, не требовала какого-либо специального лечения и была основным видом лучевой реакции, наблюдающимся при гипоксирadiотерапии.

Регрессия забрюшинных опухолей после лучевого лечения из-за больших их размеров и радиорезистентности была неудовлетворительной. Анализ зависимости регрессии от гистологического строения опухоли изучен у 34 больных, получивших курс облучения в дозах 46—65 Гр (средняя 50,4 Гр). Он показал, что полная (100%) регрессия опухоли отмечена только у 2 (5,9%) больных злокачественной параганглиомой и липосаркомой, исходные размеры опухоли были относительно невелики и составили 8х6х3 и 6х5х4 см соответственно. Регрессия опухоли на 50% и более отмечена у 12 (35,3%), менее 50% — у 13 (38,2%) больных. И, наконец, у 7 (20,6%) больных злокачественной мезенхимомой, нейро-

фибромой, высокодифференцированной липосаркомой размеры опухоли после облучения почти не изменились, несмотря на подведение достаточно высоких доз (до 56 Гр). При подведении РОД 3 Гр регрессия опухоли была большей чем при РОД 2 Гр, средняя регрессия при одинаковых значениях суммарных очаговых доз составила соответственно 50 и 39%. Оценивая степень радиочувствительности неорганных забрюшинных опухолей, можно отметить, что ангиосаркомы были несколько более радиочувствительны по сравнению с остальными мезенхимными и нейrogenными опухолями.

Отдаленные результаты лучевого и комбинированного лечения изучены у 68 из 80 больных (85%), из них живы 15, умерли 53 больных. До 1 года наблюдались 21 (30,9%), до 2 лет — 13 (19,1%), до 3 лет — 12 (17,6%), до 4 лет — 11 (16,2%), до 5,5 лет также 11 (16,2%) больных. После лучевой терапии средняя продолжительность жизни составила 23,3 мес (средняя СОД 50,2 Гр), в том числе у умерших 17,4 мес, у живущих 36,7 мес. В тех случаях, когда облучение из-за генерализации опухолевого процесса или лучевой реакции было прервано на небольших (средняя 14 Гр) дозах, средняя продолжительность жизни больных составила только 3,6 мес.

Более высокие результаты отмечены при комбинированном лечении с послеоперационным облучением, средняя продолжительность жизни после него составила 33,5 мес, т. е. была на 10,2 мес больше чем после лучевого лечения. Эти результаты несколько выше литературных данных, согласно которым средняя продолжительность жизни после радикальной операции составляет 22,5 мес, а 5-летняя продолжительность жизни после комбинированного лечения с послеоперационным облучением — 4% [3, 4]. Из-за малочисленности наблюдений мы не приводим результаты комбинированного лечения с предоперационной ГРТ высокими дозами. Наблюдения продолжаются.

Выводы. 1. Из-за распространенности и радиорезистентности большинства неорганных забрюшинных опухолей возможности хирургического и лучевого лечения ограничены. Более эффективно использование комбинированного лечения с послеоперационным облучением в дозе 40 Гр. 2. Вследствие радиорезистентности данных опухолей РОД 2 Гр недостаточна для большинства из них, ее необходимо увеличить до 3 Гр при условии облучения 5 раз в неделю на фоне вдыхания гипоксических газовых смесей. 3. Гипоксирадитерапия злокачественных неорганных забрюшинных опухолей позволяет в 2,5 раза уменьшить число выраженных и умеренных лучевых реакций по сравнению с лучевой терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачиашвили А. К., Черкес В. Л. // Хирургия. — 1989. — № 5. — С. 79—83.
2. Черный В. А., Титов В. Б., Щепотин И. Б. // Хирургия. — 1989. — № 12. — С. 36—38.
3. Forther J. J., Martin S., Hajdu S., Turnbull A. // Seminars Oncol. — 1981. — Vol. 8. — P. 180—184.
4. Stower M. J., Hardcastle J. D. // Clin. Oncol. — 1982. — Vol. 8. — P. 257—263.

Поступила 18.01.93

© Коллектив авторов, 1994
УДК. 616.36-006.04-072.5

Ю. И. Патютко, Б. И. Долгушин, Г. Т. Миронова,
А. Г. Котельников, В. Н. Шолохов, Нгуен-Тхи-Ван-Ань,
О. В. Чистякова, А. Т. Лагошный, С. И. Ибрагимов,
И. В. Сагайдак, А. А. Джабиева

ЧРЕСКОЖНОЕ ПУНКЦИОННОЕ КОНТРАСТИРОВАНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

НИИ клинической онкологии

Диагностика опухолей печени состоит из последовательного решения ряда задач, важнейшими из которых являются установление злокачественной или доброкачественной природы образования, определение морфологического строения опухоли [1]. Общепринятый алгоритм инструментальной диагностики образований печени не всегда решает указанные задачи [4]. На наш взгляд, общеизвестные достоинства пункционных аспирационных биопсий [3] могут быть дополнены. Кроме того, большинством отечественных и зарубежных авторов подчеркивается недопустимость пункционных исследований при подозрении на гемангиому печени [2].

Целью настоящего сообщения является, во-первых, показать расширенные диагностические возможности пункционной аспирационной биопсии под контролем УЗТ, во-вторых, — относительную безопасность пункций гемангиом печени.

Наш опыт ограничен исследованием 8 больных. У 5 больных из них диагностированы гемангиомы печени, у 2 — гиперплазии печени и у 1 пациента первичный рак печени (ПРП). Четверо из указанных больных подвергнуты хирургическому лечению. Чрескожное пункционное контрастирование (ЧПК) подразумевает: исследование печени с помощью ультразвуковой томографии (УЗТ), пункцию образования под контролем УЗТ и цитологическое исследование пунктата, прямое контрастирование образования через пункционную иглу и рентгенологическое полипозиционное исследование печени.

Ультразвуковое исследование печени осуществлялось в режиме реального времени на аппарате фирмы «SHIMADZU». После местной инфильтрационной анестезии брюшной стенки в месте предполагаемой пункции 0,5% раствором новокаина в количестве 5,0—10,0 мл под контролем УЗТ производилась пункция образования специальными одноразовыми пункционными иглами фирмы «СООК» 22-го калибра (наружный диаметр 0,72 мм), длиной 150 мм. Производился забор материала для цитологического исследования путем аспирации в шприц системы Луер Лок. Затем, не вынимая иглы, с помощью другого шприца вводили в образование 76% раствор триомбраста в количестве от 4 до 10 мл. Одновременно производилось ультразвуковое исследование изучаемого образования печени. После введения игла извлекалась и в различные сроки (от 5 до 30 мин) производилась рентгенография зоны печени.

Отмечены следующие ультразвуковые признаки гемангиом печени (табл. 1). У всех 5 больных с гемангиомами определялось объемное образование без капсулы со средней интенсивностью отражений в образовании у 4 и повышенной у 1 человека. У 3 больных выявлена одно-