

Из данных таблицы видно приблизительное равенство шансов к 1-му году и явное преимущество ($t=1,8$) применения РАМЛ по сравнению с ПЛТ к 3-му году наблюдения.

Выводы. 1. Операция типа Льюиса с расширенной абдоиномедиастинальной лимфодиссекцией является альтернативой варианту ее выполнения с ПЛТ при раке нижней трети пищевода.

2. При местно-распространенном раке нижней трети пищевода, равно как при наличии солитарных метастазов в печень, легкие, другие соседние органы, резекция которых не вызывает их значимого функционального нарушения, требуется выполнение комбинированной операции типа Льюиса с расширенной абдоиномедиастинальной лимфодиссекцией.

3. Применение расширенной абдоиномедиастинальной лимфодиссекции в комплексе с операцией типа Льюиса позволяет существенно повысить радикальность операции без увеличения числа послеоперационных осложнений и летальности, осуществить более точное стадирование опухолевого процесса, определить индивидуальные показания к возможному дополнительному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Рындин В.Д., Мазурин В.С. и др. // Груд. и серд.-сосуд. хирургия. — 1990. — № 12. — С. 60—62.
2. Мамонтов А.С., Кухаренко В.М., Иванов П.А. и др. // Хирургия. — 1987. — № 9. — С. 65—70.
3. Столяров В.И., Довгалюк А.З. // Вестн. хирургии. — 1992. — Т. 149, № 11—12. — С. 299—303.
4. Черноусов А.Ф., Кыладзе М.А., Гишлитский Л.А. и др. // Хирургия. — 1991. — № 9. — С. 35—39.
5. Ayabe H., Oka T., Tsuji H. et al. // Acta med. Nagasak. — 1991. — Vol. 36, N 1—4. — P. 34—37.
6. Kato H., Tachimori Y., Watanabe H. // J. Surg. Oncol. — 1991. — Vol. 48, N 2. — P. 106—111.
7. Sugimachi K. // Jap. J. Clin. Oncol. — 1990. — Vol. 20, N 1. — P. 43—47.

Поступила 24.01.95

© А. И. Барканов, 1994
УДК 616.37-006.6-085.849

А. И. Барканов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ клинической онкологии

Аденокарциномы составляют 60—85% от числа всех злокачественных опухолей поджелудочной железы [2]. Радиочувствительность их изучена недостаточно, патологоанатомические данные на этот счет противоречивы. Согласно одним наблюдениям, высокодифференцированная, т. е. радиорезистентная, аденокарцинома составляет подавляющее большинство — 85,5% всех

аденокарцином этого органа. Другие данные говорят о том, что она наблюдается только у 11,5% больных, у 41,1% отмечена аденокарцинома средней степени, у 47,4% — низкой степени дифференцировки [5]. В литературе приводится единственное сообщение о результатах дистанционной гамма-терапии 29 больных аденокарциномой поджелудочной железы. Разовая очаговая доза 2 Гр и суммарная 60 Гр подводились расщепленным курсом с интервалом между циклами 3—4 нед. У 48% больных наблюдались различной степени выраженности лучевые реакции, в том числе у 10% — выраженная общая лучевая реакция. Выживаемость в течение 18 мес после лечения составила 31%, 2,5 лет — 21% больных [4].

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 1969 г. находились 227 больных раком поджелудочной железы, из которых 20 — симптоматическое лечение вследствие их отказа от облучения. Гистологическое строение опухоли известно у 121 пациента, из них у 78 (64,5%) была аденокарцинома, у 43 (35,5%) опухоли другого гистогенеза (перстневидноклеточный, солидный, мелкоклеточный рак без дифференцировки его гистогенеза). Из 78 больных с аденокарциномой поджелудочной железы у 68 проведено лучевое, у 10 — симптоматическое лечение вследствие их отказа от облучения. Последняя группа была контрольной и показала длительность жизни без специального лечения.

Мужчин было 43, женщин 35 человек. В возрасте 31—40 лет находились 6; 41—50 лет — 18; 51—60 лет — 29; 61—70 лет — 22; 71—89 лет — 3 больных. Таким образом, подавляющее большинство — 69 из 78 (88,4%) — больных находились в возрасте 41—70 лет. Оперативные вмешательства перед облучением выполнены 73 (93,6%) больным. Они заключались в наложении различных билиодигестивных анастомозов (38), пробной лапаротомии (19) или паллиативной резекции опухоли у (16). Не делали операцию 5 пациентам раком головки поджелудочной железы, прорастающим в двенадцатиперстную кишку, у которых наличие опухоли устанавливалось с помощью компьютерной или ультразвуковой томографии, а ее гистогенез — биопсией во время дуоденоскопии, или чрескожной биопсией пальпаторной опухоли поджелудочной железы.

Наиболее часто наблюдалось поражение головки железы — у 50 (64,2%) больных, тотальное или субтотальное (головки и тела, тела и хвоста железы) отмечено у 21 (27%), тела железы — у 7 больных. Размер опухоли составлял от 5х5 см до 18х15 см, средний — 7,6х7,4 см.

Прорастание опухоли в окружающие органы и ткани наблюдалось у 38 из 78 (48,7%) больных, при этом наиболее часто в двенадцатиперстную кишку и магистральные сосуды (по 12 больных). Метастазирование опухоли наблюдалось у 30 (38,5%) пациентов, из них в регионарные лимфоузлы у 23, левую долю печени — у 7 больных. В последнем случае метастаз облучался одновременно с первичной опухолью полями достаточно больших размеров. Только у 10 (12,8%) больных не отмечено прорастания или метастазирования опухоли.

Дистанционная гамма-терапия проведена 34, тормозное и электронное излучение с энергией 15—18 МэВ применено также в лечении 34 больных. Методика облучения была описана ранее [1,3].

Результаты и обсуждение. Оценка непосредственных и отдаленных результатов лучевого лечения аденокарциномы поджелудочной железы показала, что они уступают таковым при опухолях железы другого гистологического строения. В частности, из 68 больных аденокарциномой лучевая терапия из-за генерализации опухолевого процесса, диагностированной в ходе лечения, или из-за общей лечебной реакции была прервана у 15 (22,1%), закончена у 53 больных на средней суммарной очаговой дозе 52,7 Гр. Из 40 больных с опухолями поджелудочной железы другого гистогенеза (перстневидноклеточный, солидный, мелкоклеточный) облучение было прервано лишь у 5 (12,5%), у остальных подведена большая чем при аденокарциноме средняя СОД — 57 Гр.

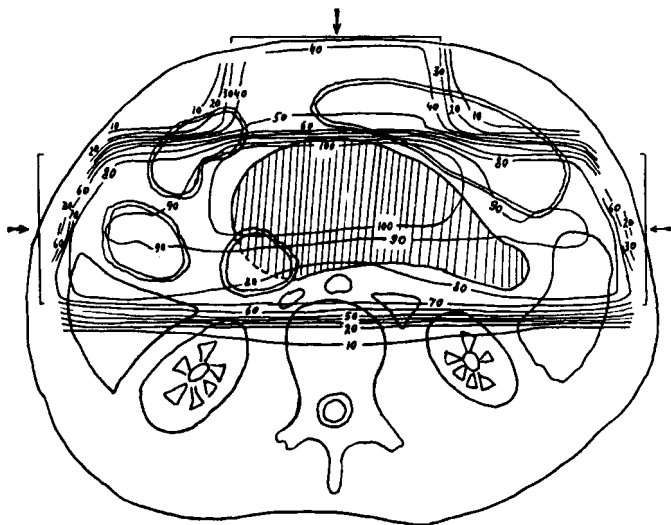


Рис. 1. Дозное поле при сочетанной лучевой терапии рака поджелудочной железы тормозным и электронным излучением. Тормозное излучение с энергией 18 МэВ подводится продольным методом с двух боковых полей размером 9х10 см, электронное с энергией 20 МэВ — с одного переднего поля размером 10х12 см.

Использование тормозного и электронного излучения с энергией 15—18 МэВ при аденокарциноме, как и при других опухолях поджелудочной железы, было несколько более эффективно, чем дистанционной гамма-терапии. В частности, число больных, которым облучение было прервано, составило соответственно 17,2 и 26,4%. Средняя СОД у закончивших полный курс облучения составила соответственно 56,9 и 50, 2 Гр. Лучшие результаты лучевой терапии на линейных ускорителях и бетатронах объяснялись меньшим числом лучевых реакций и, вследствие этого, возможностью подведения более высоких лучевых доз. Возможности сочетанного облучения тормозным и электронным излучением иллюстрирует приводимая выписка из истории болезни.

Больной Ш., 45 лет, поступил 15.5.82 в тяжелом состоянии с жалобами на резкие боли в эпигастрии, по поводу которых принимал наркотики до 12—15 мл в сутки, похудание на 13 кг за 4 мес, резкую общую слабость. В марте 1981 г. в Институте хирургии им. А. В. Вишневского была проведена панкреатодуоденальная резекция по поводу аденокарциномы головки поджелудочной железы; 1.6.82 — релапаротомия по поводу рецидива опухоли. В культе поджелудочной железы обнаружены 2 опухолевых узла размером 5х5х4 и 6х6х5 см, тесно спаянные с аортой и нижней полой веной. Кроме того, обнаружены метастазы в верхнебрыжеечные и параортальные лимфоузлы.

С 21.6 по 16.8. проведен расщепленный курс гипоксирадитерапии тормозным излучением с энергией 18 МэВ, подводимым продольным методом с 2 боковых полей размером 9х10 см, и электронным излучением с энергией 20 МэВ, подводимым с переднего поля размером 10х12 см (рис. 1). При РОД 2—3 Гр СОД составила 60 Гр. Тогда же проведен курс электронной терапии (17 МэВ) по поводу появившихся метастазов в левые надключичные лимфоузлы. При РОД 3—4 Гр СОД доведена до 45 Гр. В результате лечения опухоль и метастазы подверглись полному обратному развитию. За время лечения пациент прибавил в массе тела 11 кг, прекратил прием наркотиков. Больной жил без рецидива и метастазов в течение 4 лет 7 мес и умер от пневмонии, простудившись зимой рыбной ловле.

Непосредственные результаты лучевого лечения аденокарцином и неаденогенных опухолей поджелудочной железы представлены в табл. 1. Видно, что эффективность лечения неаденогенных опухолей была на

Таблица 1. Непосредственные результаты лучевого лечения аденокарцином и неаденогенных опухолей поджелудочной железы

Непосредственные результаты лучевой терапии	Аденокарцинома		Неаденогенные опухоли	
	абс. число	%	абс. число	%
Полный эффект	11	16,1	10	25
Частичный эффект	34	50	24	60
Без эффекта	13	19,1	3	7,5
Прогрессирование	10	14,7	3	7,5
Всего	68	100	40	100

18,9% выше, а число больных, закончивших лечение «без эффекта» или с «прогрессированием», было в 2 раза меньше, чем при аденокарциноме поджелудочной железы. Степень дифференцировки аденокарциномы приведена лишь у 13 больных, на основании изучения которых нельзя установить какую-либо закономерность в регрессии этих опухолей после облучения.

Клинические наблюдения показали, что аденокарциномы поджелудочной железы весьма радиорезистентны, для полной их регрессии была необходима средняя доза 63,4 Гр. Таким образом, подводимые нами лучевые дозы (средняя 52,7 Гр) у значительной части больных аденокарциномой поджелудочной железы были недостаточны, чем, по-видимому, и объясняется меньшая эффективность лечения по сравнению с неаденогенными опухолями. Применение в последние годы при раке поджелудочной железы гипоксирадитерапии показало возможность благодаря уменьшению числа и интенсивности лучевых реакций увеличения лучевых доз на 25%, что необходимо при облучении аденокарциномы поджелудочной железы и дало основание надеяться на улучшение результатов лечения. Многолетний опыт лучевой терапии опухолей желудочно-кишечного тракта позволяет утверждать, что наиболее радиорезистентны аденокарциномы дистального отдела желудка, наиболее радиочувствительны — его проксимального отдела. При этом аденокарциномы поджелудочной железы и толстого кишечника занимают промежуточное положение.

Среди злокачественных опухолей поджелудочной железы наиболее радиорезистентны были перстневидноклеточный и солидный рак, для полной регрессии которых была необходима средняя доза 68 Гр. Мелкоклеточный рак, злокачественные карциноиды, злокачественные инсуломы были наиболее радиочувствительны среди злокачественных опухолей поджелудочной железы и подвергались полной регрессии после подведения средней СОД 57,6 Гр.

Изучение отдаленных результатов лучевого лечения показало, что они, как и непосредственные результаты, в значительной мере зависели от гистологического строения опухоли. Средняя продолжительность жизни больных аденокарциномой поджелудочной железы после облучения составила 12,3 мес; неаденогенными опухолями — 16,5 мес, т. е. была на 30% больше. После симптоматического лечения больные аденокарциномой поджелудочной железы жили в среднем только 4,5 мес. Распространенность опухолевого процесса в исследуемых группах была одинакова. По-видимому, причиной разных непосредственных и отдаленных результатов были,

как отмечено выше, различные величины лучевых доз и большая радиочувствительность неаденогенных опухолей, среди которых радиорезистентные (перстневидноклеточный и солидный рак) составили только 10 и 40 случаев.

Выводы. 1. Лучевое лечение аденокарциномы поджелудочной железы эффективно у 66,1% больных, что несколько меньше эффективности лечения при облучении неаденогенных опухолей этого органа. 2. Средняя продолжительность жизни больных аденокарциномой поджелудочной железы после лучевого лечения составила 12,3 мес, что на 30% меньше продолжительности жизни больных неаденогенными опухолями этого органа (16,5 мес). 3. Гипоксирадиотерапия дает возможность увеличить лучевые дозы на 25% и улучшить результаты лечения аденокарциномы поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барканов А. И. // Мед. радиол. — 1981. — № 10. — С. 20—24.
2. Блохин Н. Н., Итин А. Б., Клименков А. А. // Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. — М.: Медицина, 1982. — С. 15—24.
3. Клименков А. А., Барканов А. И., Итин А. Б. // Вопр. онкол. — 1984. — № 5. — С. 43—49.
4. Haslam J. B., Cavanaugh P. J., Stoup S. K. // Cancer (Phylad). — 1973. — Vol. 32. — P. 1341—1345.
5. Schulz H. J. // Arch. Itschwulstforsch. — 1988. — B. 58. — S. 121—128.

Поступила 05.07.93

© Коллектив авторов, 1994
УДК: 616.33-006.6-07.

Б. К. Поддубный, И. И. Лабезкий, С. Н. Караман

АМБУЛАТОРНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ РЕНТГЕНОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии

Рак желудка остается одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний в нашей стране и большинстве экономически развитых стран мира, а отдаленные результаты его лечения оставляют желать лучшего, что, в основном, связывают с несвоевременной диагностикой [3, 14, 15].

Основными методами диагностики рака желудка являются рентгенологический и эндоскопический с морфологической верификацией, каждый из которых характеризуется различной диагностической значимостью. Поэтому для более эффективной диагностики заболевания необходимо комплексное использование указанных диагностических методов как взаимно дополняющих и уточняющих друг друга [1, 2, 6—11]. Этот тезис и составил основу для внедрения в практику здравоохранения многих стран мира комплекса методов гастроэнтерической диагностики рака желудка [4].

Весьма актуальным до настоящего времени остается вопрос о том, как эффективнее использовать эти ру-

тинные диагностические методы и какова наиболее рациональная последовательность их применения [5, 8, 11—14].

Нами проведен сравнительный анализ результатов комплексного гастроэнтерологического обследования 729 больных, у которых на догоспитальном этапе был установлен диагноз рака желудка. Во всех случаях в последующем было предпринято адекватное хирургическое лечение. Результатами оперативного лечения диагноз рака желудка был подтвержден у 723 из 729 пациентов, а в 6 случаях диагноз рака желудка был отвергнут.

В анализируемой группе рак желудка был представлен всеми известными макроскопическими формами, расположенными в порядке убывания, причем, как видно, преимущественно эндофитной формой. Оценка диагностической чувствительности сравниваемых методов (эндоскопического и рентгенологического) при различных макроскопических формах рака желудка представлена в табл. 1.

Таблица 1. Чувствительность рентгенологического и эндоскопического методов в диагностике различных макроскопических форм рака желудка

Форма роста	Всего больных	Методы исследования	
		эндоскопический	рентгенологический
Экзофитная	133 (18,4%)	85,0%	57,1%
Эндофитная	381 (52,7%)	76,6%	65,4%
Смешанная	167 (23,1%)	70,1%	70,1%
Язвенная	27 (3,7%)	59,3%	22,2%
Ранние	15 (2,1%)	40,0%	6,7%
Итого:	723 (100%)	75,2%	62,1%

По нашим данным, эндоскопический метод был более информативен в диагностике экзофитной формы рака желудка, рентгенологический — эндофитной. В диагностике смешанной формы рака желудка информативность обоих методов одинакова. В распознавании язвенной формы рака желудка (язвенно-инфильтративная) более точным был эндоскопический метод (59,3% против 22,2%). Диагностическое превосходство эндоскопического метода перед рентгенологическим в визуальной диагностике ранних форм рака желудка еще более убедительно (40,0% против 6,7%).

Резонно отметить, что показатели, приведенные в работе относительно диагностики рака желудка в его различных макроскопических проявлениях при помощи эндоскопического метода, относятся к разряду данных визуальной диагностики. При этом во всех наблюдениях проводилась прицельная биопсия (как неотъемлемый элемент эндоскопического исследования) выявленных изменений со стороны слизистой оболочки желудка с последующим цитологическим и гистологическим методами исследованиями полученного материала, что значительно увеличивало процент выявляемости опухолевых изменений, доводя его в целом до 89,3% при цитологическом исследовании и 76,6% — при гистологическом (особенно при ранних формах опухоли: 93,3% и 86,7% соответственно).

По нашим данным (табл. 2), ошибочные заключения при выполнении рентгенологического исследова-