

мышечной лимфаденэктомией выполнялись при I—II стадии рака молочной железы, отсутствии явно пальпируемых метастазов в подмышечной области и размерах опухолей не более 3,5 см в наибольшем измерении по данным маммографии. Опухоль иссекалась в пределах не менее 2 см здоровых тканей. После тщательного ушивания раны в оставшуюся часть железы, ложе опухоли внедрялись металлические интрастаты, обычно в 2 плоскостях, с расстоянием между источниками и плоскостями 1,6—1,8 см.

После выхода больной из наркоза или на следующий день к интрастатам подключался многоканальный аппарат «Микроселектрон» и проводилось локальное облучение части молочной железы в дозе 20—25 Гр. Сборки источников для облучения от 5 до 12 см активной длины. Мощность дозы свыше 100 сГр/ч. Время облучения 22—24 ч.

После заживления операционной раны проводилось дополнительно дистанционное облучение всей молочной железы в СОД 40 Гр. Ложе железы и окружающие опухоль ткани получали, следовательно, 60—65 Гр.

При наличии метастазов в лимфатических узлах подмышечной области облучалась над- и подключичная зона и проводилась адъювантная химиотерапия и гормонопрофилактика.

Сроки наблюдения за результатами лечения от 1—2 мес до 2 лет. У больных, оперированных более года назад, в 2 случаях диагностировано появление рецидива.

Следовательно, анализ применяемых в отделении радиохирургии ВОИЦ АМН СССР контактных методов лучевой терапии в сочетании, радиохирургическом и комплексном вариантах лечения злокачественных опухолей различных локализаций свидетельствует о возможности при этом оптимизации лучевой терапии вследствие концентрации энергии излучения в опухолевых тканях и органах. Наряду с этим повышается эффективность лечения, снижается количество и тяжесть лучевых реакций и осложнений, появляется возможность выполнения более экономных оперативных вмешательств с сохранением органа и уменьшением числа рецидивов.

Перспективным направлением в совершенствовании контактных методов лучевой терапии следует считать изменение режимов традиционных методов облучения с использованием радиосенсибилизаторов, создание и внедрение в клиническую практику радиоактивных препаратов «мягкоэнергетического» спектра излучений в виде проволоки, лент, гранул, а также аппаратов и приспособлений для их введения по методике ручного и автоматизированного афтелодинга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андросов Н. С., Нечушкин М. И., Меленчук И. П. и др. // Съезд онкологов УССР, 7-й: Тезисы докладов. 2—4 октября 1985 г. — Киев, 1985. — С. 452—454.
2. Втюрин Б. М., Жербин Е. А., Калинина Н. П. и др. // Мед. радиол. — 1979. — № 11. — С. 30—35.
3. Втюрин Б. М., Медведев В. С., Иванов В. Н. и др. // Там же. — 1984. — № 6. — С. 7—16.
4. Дрыгин В. Н., Нечушкин М. И., Андросов Н. С. и др. // Радиация и организм. — Обнинск, 1982. — С. 48—51.
5. Замятин О. А., Бочкарев В. В., Комаров В. В. и др. // Мед. радиол. — 1975. — № 11. — С. 21—24.
6. Замятин О. А. Лучевая терапия больных раком слизистой полости рта и губы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1989.
7. Курпешов О. К., Конопляников А. Г. // Мед. радиол. — 1977. — № 10. — С. 83—84.
8. Матякин Г. Г., Андросов Н. С., Шумаева О. Д. // Сов. онкол. — 1985. — Вып. 6. — С. 58—59.
9. Нечушкин М. И. Внутритканевая гамма-терапия в комбинированном и комплексном лечении рака молочной железы центральной и медиальной локализации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1985.
10. Серебров А. И. Рак матки. — Л., 1968.
11. Струкова А. М. // Вопр. онкол. — 1964. — № 10. — С. 46—51.
12. Шпикалов В. Л. Внутритканевое лучевое лечение рецидивов и метастазов рака матки во влагалище: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984.
13. Холин В. В. // Вопр. онкол. — 1974. — № 7. — С. 103—104.
14. Шумаева О. Д. Применение радиоизотопов кобальта-60 и калифорния-252 при внутритканевой и сочетанной лучевой терапии злокачественных новообразований органов полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1986.
15. Brasfield R. D., Henschke N. K. // Radiology. — 1958. — Vol. 70, N 6. — P. 259—265.
16. Hall E. Y. Radiobiology for the radiologist. — New York, 1972. — P. 110—129; 305.
17. Henschke N. K., Hilaris B. S., Mahan G. D. // Amer. J. Roentgenol. — 1963. — Vol. 90, N 2. — P. 386—395.

Поступила 18.01.90

RESULTS AND FUTURE DEVELOPMENT OF RADIOTHERAPY CONTACT METHODS

N. S. Androsov, G. G. Matyakin, M. I. Nechushkin, G. R. Tshisel, L. A. Marjina

Ways of developing and promoting efficacy of radiotherapy contact methods in complex treatment of patients with malignant neoplasms are examined. Methods of intratissual radiotherapy are worked out; they allow to decrease radiation dose on surrounding tissues and organs. Non-traditional large fraction regimens with the help of radiosensibilizers and different variants of intratissual radiotherapy based on afterloading in cases of oral cavity cancer, soft tissue sarcoma, recurrences and metastases to vagina are included as foundation for these methods. The efficacy of complex treatment of the breast cancer with central and medial localization with intratissual radiotherapy of parasternal lymphatic collector is presented. The value of economic breast resections on the scheme elaborated in the Department of Radiosurgery is underlined.

© В. И. КНЫШ, В. В. ПРОРОКОВ, 1990

УДК 616.348-006.6-07

В. И. Кныш, В. В. Пророков

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

НИИ клинической онкологии

В ряде зарубежных и отечественных статистических данных отражены лишь выборочные исследования по заболеваемости раком ободочной кишки и смертности от него. Большинство авторов приводят данные, касающиеся рака всей толстой кишки без выделения ободочной. В нашей стране отсутствуют общегосударственные сведения о частоте злокачественных новообразований этой локализации [1]. Изучение материалов заболеваемости раком ободочной кишки в отдельно взятом регионе позволяет объективно представить ее рост, динамику, а также состояние лечебной помощи. В то же время полученные данные в определенной степени можно экстраполировать на все население нашей страны с учетом некоторых по-

правок для определенных географических районов.

Была изучена заболеваемость раком ободочной кишки в Москве за 1972—1986 гг. В 1972 г. показатель заболеваемости составлял 10,2 на 100 тыс. населения, в 1986 г. — 17,2, т. е. рак ободочной кишки за 15 лет вырос на 68 %. По годам этот показатель остается стабильным до 60 лет, у лиц старше 70 лет частота рака ободочной кишки возросла с $37,7 \pm 1,7$ до $49,0 \pm 1,1$ % ($p < 0,05$). Учитывая стойкую демографическую тенденцию старения населения, следует предполагать дальнейшее увеличение количества больных старших возрастных групп.

Анализ качества диагностики по годам показал, что число больных с ранними стадиями заболевания остается практически неизменным: у большинства больных в момент установления диагноза были выявлены III—IV стадии, что составило 80 %. В связи с этим лишь у 50 % первично диагностируемых больных осуществляется радикальное хирургическое лечение и этот показатель остается стабильным из года в год. Полученные данные свидетельствуют о том, что вопросы своевременной диагностики рака ободочной кишки остаются актуальными.

Своевременная диагностика рака ободочной кишки может быть успешной только при профилактическом обследовании населения. Выявление групп риска среди «здорового» населения до последнего времени представляло большие сложности. Реальные возможности выявления групп риска создало внедрение в практику тестов на определение скрытой крови в кале пациента, наиболее достоверными из которых на сегодняшний день являются гемокульт-тест и крипто-гем. Применение тестов позволило обнаружить положительную пробу у 85 (2,5 %) из 3357 практически здоровых лиц. Из них у 65 пациентов (76,5 % — чувствительность тестов) была выявлена опухоль толстой кишки. Рак толстой кишки составил 0,2 %, полипы и ворсинчатые опухоли — 1,7 %. Ретроспективно оценивая результаты проведения профилактических осмотров среди населения, мы не представляем себе возможность проведения подобного объема работы без использования вышеуказанных тестов. По нашему мнению, их можно рекомендовать при целенаправленной диспансеризации населения в нашей стране.

Мы считаем, что при массовом профилактическом обследовании населения в программу скрининга должны войти следующие методы обследования:

- выявление каждые 2—3 года с помощью тестов на скрытую кровь в кале у лиц старше 45—50 лет с целью формирования групп риска;

- проведение колоноскопии с предшествующим пальцевым исследованием прямой кишки и ректоскопией у пациентов с положительной реакцией на скрытую кровь в кале;

- при жалобах по поводу желудочно-кишечного тракта — проведение ирриго- или колоноскопии, возможно определение кала на скрытую кровь или использование радиоиммунологического теста для определения уровня раково-эмбрионального антигена (РЭА);

- больные из группы риска по анамнезу (се-

мейный полипоз, полипоз толстой кишки, язвенный колит, ранее — оперирование по поводу рака толстой кишки и т. п.) подлежат диспансерному наблюдению и периодическому обследованию.

Выполнение этой программы позволит не только своевременно обнаружить злокачественные опухоли в толстой кишке, но и осуществить их профилактику путем выявления и удаления полипов толстой кишки.

В связи с ростом заболеваемости и увеличением числа радикально оперированных больных раком ободочной кишки в поликлинике ВОНЦ АМН СССР периодически обследуются более 4 тыс. ранее оперированных пациентов. Наиболее информативными методами диагностики в диспансерном наблюдении за этими больными остаются рентгенологический и эндоскопический. Для определения отдаленных метастазов в клиническую практику широко вошел метод ультразвуковой томографии. Однако первые два метода трудоемки, порой нелегки для больных и поэтому их следует применять в оптимальные сроки. С этой целью был проведен ретроспективный анализ данных рентгенологических и эндоскопических методов при динамическом наблюдении у этих больных. Результаты исследования показали, что первое рентгенологическое обследование толстой кишки следует проводить не ранее чем через 6 мес после операции, а к году — первое эндоскопическое. Затем до 3 лет наблюдения не реже 1 раза в год в обязательном порядке показана колоноскопия в связи с возникновением рецидива (3,6 %) и метакронного рака (4,8 %) толстой кишки. У всех наблюдаемых больных рецидивы рака ободочной кишки возникали в первые 3 года после радикальной операции.

Изучена возможность тестов на скрытую кровь в кале и определение уровня РЭА у ранее радикально оперированных больных раком ободочной кишки. У всех больных с рецидивом или метакронным раком толстой кишки тест на скрытую кровь в кале оказался положительным, у больных с полипами в толстой кишке проба на скрытую кровь оказалась положительной лишь у 9 (47,4 %) из 19, при этом размеры полипов не превышали 0,5 см.

У всех ранее радикально оперированных больных с рецидивом или с метастазами в отдаленные органы отмечалось повышение уровня РЭА в сыворотке крови при диспансерном их наблюдении.

Полученные результаты показали, что можно значительно сократить число рентгенологических и эндоскопических методов обследования у ранее радикально оперированных больных раком ободочной кишки в течение всего периода диспансерного наблюдения за счет проведения тестовых проб на наличие скрытой крови, а также определения уровня РЭА в сыворотке крови. Методика определения РЭА в крови проста, доступна и во много раз дешевле, чем другие способы уточняющей диагностики. Радиоиммунологический метод не указывает на топическую диагностику рецидива заболевания. Больные с подъемом концентрации РЭА в крови подлежат углубленному обследованию. По нашему мнению, только такой подход на современном этапе позволяет повысить эффективность диспансерного наблюдения радикально оперированных больных раком обо-

дочной кишки. Вместе с этим клинические изменения в состоянии больного при отсутствии положительных результатов вышеуказанных тестов не могут служить поводом для отказа от детального клинического обследования у этой группы пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Напалков Н. П., Мерабишвили В. М., Церковный Г. Ф. // Злокачественные новообразования в СССР.— Л., 1983.— С. 17—56.

Поступила 17.12.89

MODERN APPROACH OF EARLY DIAGNOSIS OF COLON CANCER

V. I. Knysh, V. V. Prorokov

The rate of morbidity of colon cancer has increased during the last decades. In 1972 the rate of morbidity in Moscow was — 10,2 per 100 thousand population, in 1986 — 17,2; so that colon cancer morbidity after 15 years had increased on 68 %. 80 % of patients at the primary detection have stages 3—4. The screening of population by hemocult test and cryptogem gives possibilities to identify from 3357 disease free patients a risk group of 85 patients (2,5 % — with positive tests). Colon cancer was detected in 0,2 %; polyps — in 1,7 %. The screening programme can be suggested for the screening studies of population. This programme can be used for the modern diagnosis of colon cancer. Hemocult and radioimmunological tests can be used for the dispensary observation of previously radically operated colon cancer patients.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1990

УДК 618.12-006.6

В. П. Козаченко, А. И. Зотиков, В. Д. Ермилова,
В. В. Баранов, Е. Г. Новикова

ПЕРВИЧНЫЙ РАК МАТОЧНЫХ ТРУБ (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ЛЕЧЕНИЕ, ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА)

НИИ клинической онкологии, МНИОИ им. П. А. Герцена

Из всех органов женской половой сферы маточные трубы являются тем органом, в котором наиболее редко обнаруживаются доброкачественные и злокачественные опухоли. Частота выявления первичного рака маточных труб (ПРМТ) колеблется от 0,1 до 1,8 % [2, 5] всех злокачественных новообразований женских гениталий, или 1 случай выявления на 1000 больных, подвергшихся оперативным вмешательствам по поводу различных гинекологических заболеваний.

Правильный предоперационный диагноз при ПРМТ ставится довольно редко, число это не превышает 13 % [4]. Результаты лечения заболевания остаются неудовлетворительными, общая 5-летняя выживаемость, по различным данным, варьирует, составляя от 3 до 44 % [1, 3].

В настоящей работе представлен ретроспективный анализ 86 клинических наблюдений больных, находившихся на лечении в отделении гинекологии ВОНЦ АМН СССР и отделении гинекологии МНИОИ им. П. А. Герцена с 1962 по 1989 г. с диагнозом ПРМТ.

Отбор больных в исследуемую группу производился на основании критериев, впервые разработанных Л. У. Ну и соавт. в 1950 г. [2] для данной патологии: 1) основная опухоль располагалась в трубе и исходила из эндосальпинкса;

2) гистологическое строение опухоли в той или иной степени воспроизводило строение слизистой маточной трубы с частым выявлением папиллярных структур; 3) маточная труба содержала больше опухолевой ткани, чем яичник и матка; 4) у больных не было другой первичной опухоли.

Стадия заболевания определялась на основании переработанной классификации FIGO для рака яичников. Уровень дифференцировки определялся на основании степени структурной атипии и клеточной анаплазии.

Патологические выделения из половых путей по типу белей являлись наиболее частым симптомом, отмеченным у 48 (56 %) больных. Боли являлись вторым по частоте симптомом, жалобы на боли различного характера и интенсивности отмечены у 44 (51 %) женщин. Кровянистые выделения в менопаузе и ациклические кровянистые выделения у женщин, находящихся в репродуктивном возрасте, отмечены у 34 (39,5 %) больных. Асцит, как первичный симптом заболевания, определялся только у 5 (6 %) женщин, что отличает течение ПРМТ от серозного рака яичников. Необходимо отметить, что сочетание 3 наиболее характерных для данного заболевания симптомов наблюдалось у 10 (12 %) больных.

С учетом операционных находок 17 больных в исследуемой группе имели I стадию заболевания, 31 больная — II стадию, 20 — III и 18 — IV стадию.

При изучении микроскопического строения ПРМТ нами были выделены следующие гистологические варианты опухоли: 1) папиллярный рак — 5 больных (5,8 %), по степени структурной атипии расценивался как высокодифференцированный; 2) железисто-папиллярный рак и железисто-папиллярный рак с единичными солидными структурами — 38 больных (44,2 %), по степени структурной атипии расценивался как умеренно дифференцированный; 3) железисто-солидный и солидный рак — 43 больные (50 %), по степени структурной атипии расценивался как низкодифференцированный.

Нами не обнаружено зависимости между степенью дифференцировки и прогрессирующим ростом опухоли. Умеренно дифференцированный рак с практически одинаковой частотой отмечен при I—III стадиях и несколько реже при IV стадии, низкодифференцированный рак с одинаковой частотой отмечен при II—IV стадиях и несколько реже при I стадии. Полученные данные подтверждают мнение, что высокая степень анаплазии раковой опухоли не является решающим фактором в генерализации опухолевого процесса [2].

Всем больным проводилось комбинированное и комплексное лечение. Общая 5-летняя выживаемость для всей группы больных составила 41 %. Стадия заболевания являлась важным прогностическим признаком, в связи с этим нами произведена оценка влияния стадии заболевания на отдаленные результаты лечения. Самый высокий показатель выживаемости отмечен при I стадии, 5 лет прожили 100 % больных, при II стадии — 37,5 %, при III—IV — 17 %, при IV — 28 %. Выживаемость больных I стадией была достоверно выше, чем при II, III и IV стадиях,