

II. Рентгено-радиодиагностика. Новому методу выявления рака желудка — радиоаутографии был посвящен доклад Н. Б. Аккермана (США).

R^{32} включается в злокачественные ткани более интенсивно, чем в нормальные. Однако подсчет импульсов с помощью счетчиков Гейгер — Миллера в глубоко лежащих участках затруднителен. Поэтому автор разработал метод приживленной аутографии желудка. Тонкостенный резиновый баллон, покрытый слоем светочувствительной эмульсии, вводится в желудок больного, получившего индикаторную дозу радиоактивного фосфора (P^{32}). Баллон раздувается воздухом и остается в желудке в течение часа.

Докладчик обследовал этим методом около 400 больных и считает, что этот метод успешно дополняет обычные методы диагностики рака желудка.

Е. И. Вознюк (СССР) изучал избирательность накопления R^{32} как метод распознавания злокачественных опухолей желудка. Он использовал для регистрации ионизирующих частиц специальный гибкий желудочный β -зонд, а также определял радиоактивность промывных вод желудка.

Было исследовано 52 больных. Наличие в промывных водах желудка более 1% от введенной радиоактивности или локальное повышение радиоактивности в области поражения подтверждают злокачественную опухоль. Интересно, что при далеко зашедшем раковом поражении желудка с метастазированием уровень радиоактивности опухоли снижается и в промывных водах выявляются лишь следы радиоактивности.

Б. А. Цыбульский (СССР) рекомендовал применять пневмоперитонеум, раздувание желудка, томографию для облегчения решения вопроса об операбельности рака желудка.

В. А. Бояджян, Е. Г. Кучерков, С. Я. Марморштейн, Л. И. Мациева (СССР) считают, что последовательное применение латерографии, пневмоперитонеума и спленопортографии, как бы дополняющих друг друга, позволяет судить более точно о распространенности рака желудка и, в сопоставлении с клиническими данными, более категорично решать вопрос о возможности оперативного вмешательства.

И. Т. Лагунова и Б. А. Цыбульский (СССР) при подозрении на рак легкого рекомендуют последовательно проводить рентгеноскопию, рентгенографию, поперечную и продольную томографию, бронхоскопию (с зондированием бронхов), биопсию, взятие мазков для цитологического исследования и бронхографию. По их мнению, это значительно сокращает сроки исследования больного, облегчает вопрос об операбельности, а также позволяет контролировать результаты лучевой терапии.

В. Я. Фридкин, В. П. Веретениникова, Х. Л. Трегубова (СССР) нашли, что при бронхолегочном раке вазографически выявляется разная степень сужения сосудов, вплоть до полного исчезновения, то есть обрывы их тени, отмечаются и смешение сосудистых стволов, а также множественные обрывы периферических сосудов (множественные культи). Симптом культи обычно обусловлен закрытием просвета сосуда самой опухолью, реже — тромбом и эмболом, а сужение просвета крупных сосудов — как прорастанием, так и сдавлением сосудов опухолью. Исчезновение сосудов мелкого калибра вызывается прорастанием их опухолевой тканью. Важно отметить, что вазографическая картина не отображает истинного распространения опухоли, которая может простираться за пределы видимых вазографических изменений.

Новому методу определения операбельности рака легкого — азиграфии был посвящен доклад А. А. Червинского (СССР).

Автор для азиграфии применял 70% «диодон». При отсутствии препятствия для оттока крови по системе непарной вены поступление контрастного препарата из вен губчатого вещества 9—10 ребер таково, что отчетливо контрастируется весь ствол непарной вены. Признаками нарушения кровотока следует считать обрыв изображения венозного ствола (блок) на определенном уровне, ретроградное заполнение вен ниже уровня введения контрастного препарата (рефлюкс) и контрастирование коллатералей.

Наличие блока определяет прорастание или сдавление вены опухолью. Докладчик наблюдал это в 36 случаях. Рефлюкс и коллатериали свидетельствуют о плевральных сращениях или хроническом медиастините. Докладчик, однако, считал необходимым отметить, что блок важен для ориентировки, а отсутствие его на азиграмме — еще не показатель операбельности.

Доц. Н. И. Любина. Химиотерапия в онкологии

Этой проблеме было посвящено шесть секционных заседаний, на которых заслушано 164 доклада и 66 представлены в тезисах без зачитывания на заседаниях.

Большая часть сообщений была посвящена результатам изучения цитостатической активности различных химиобиопрепараторов в опытах с тканевыми культурами и в эксперименте на животных с перевиваемыми и индуцированными опухолями. Установлено, что применение противоопухолевых препаратов приводит к регрессии и даже полному излечению некоторых перевиваемых опухолей (саркома 45, саркома Йосида, саркома Иенсена и др.).

По данным Б. Келлнера и Ж. Шугара (Венгрия), перевиваемые опухоли обладают индивидуальной чувствительностью к противоопухолевым веществам. Это объясняется специфическими особенностями роста опухолевой ткани и ее обмена.

С. А. Дегтевой (СССР) было испытано действие сложного алкилирующего метаболита фенэкстрина на 15 штаммах опухолей. Сильное торможение роста опухолей (92,99%) отмечалось при саркомах 45, Иенсена и карциосаркоме Уокера, умеренное торможение роста при саркome M-1 и слабое действие — при карциноме Эрлиха.

М. Сахасрабудхе и соавторы (Индия) наблюдали полное уничтожение клеток асцитной формы саркомы Йосида крыс после 10-дневного введения внутрибрюшинно метаболита промежуточных продуктов гексозомонофосфатного обмена. Лечение началось на следующий день после перевивки опухоли. У излеченных животных более шести месяцев не наступало рецидива. Нелеченые животные погибли на протяжении шести дней. С солидными перевитыми опухолями торможение роста было менее эффективным.

Гистологические и гистохимические изменения опухолей в процессе их регрессии под влиянием химиотерапии представлены в докладах советских ученых (М. А. Преснов, В. А. Авдеева, Б. О. Пресс). Некротические и репаративные процессы в опухолевых тканях наиболее часто и быстро наблюдались при лечении хлорэтамилами семином яичка, сарком типа Юинга, метастазов рака толстой кишки в печень, рака молочной железы и яичников.

Большой интерес представили доклады о химиотерапии в клинической практике.

Ж. Бейтманом (США) был испытан алкилирующий агент — тиатриамид у 48 больных с метастазирующими опухолями различной локализации. Раствор вводился в вену, артерию, интравуморально, в серозные полости. Отмечены регрессивные изменения в метастатических узлах, печеночных и вагинальных.

По мнению автора, тиатриамид более эффективен, чем другие онкостатические агенты при метастазах желудочно-кишечного тракта и рака шейки матки.

Е. Кременц и соавторы (США) сообщили данные о лечении 358 больных злокачественными опухолями методом регионарной перфузии. Для лечения испытано 14 химиопрепараторов как в чистом виде, так и в различных соединениях. Наибольший эффект получен при опухолях конечностей (177 больных) при применении эмбихина и сарколизина. У 24 больных из 29 с меланомой после хирургического вмешательства и химиотерапии рецидива не наблюдалось.

А. Смит и соавторы (США), изучая гистопатологические изменения в злокачественных меланомах у 128 больных, леченных сарколизином методом регионарной перфузии, наблюдали регрессивные изменения опухоли, за исключением трех случаев. У. Шинглтон (США) доложил о перфузии эмбихином брюшной полости через бедренные сосуды с пережиманием аорты и нижней полой вены в сочетании с гипотермией (31—32°). Из 11 собак, находившихся в состоянии нормотермии, 8 погибли через 4—5 дней от угнетения кроветворных органов. Собаки, находившиеся в состоянии гипотонии, остались живы.

Г. Эспайнер (Англия), К. Кокс (Австралия), Р. Салливен (США) рекомендовали при злокачественных новообразованиях проводить непрерывную внутриартериальную инфузию противоопухолевых веществ в течение суток. Предложены различные варианты техники канюляции сосудов. Авторами получены ободряющие результаты лечения органов малого таза и брюшной полости. Повторные курсы лечения не вызывали резистентности опухоли к препарату.

Несмотря на перспективность регионарной перфузии, ряд авторов (Ж. Лебран, В. Смето — Бельгия; У. Лоуренс и соавторы, С. Вейнберн — США) считает химиотерапию методом регионарной перфузии паллиативным терапевтическим мероприятием, которое может быть использовано при далеко зашедших раках. Большой процент утечки препарата в общий ток кровообращения, несовершенство современных методик ограничивают применение этого метода при опухолях брюшной полости. В некоторых анатомических областях, например, конечностей, регионарная перфузия может быть произведена с хорошей изоляцией.

Бэкон и Шинпрагст (Филадельфия) при радикальном удалении опухоли толстой и прямой кишки рекомендуют промывание операционного поля оксихлорозином. При этом рецидивы и метастазы авторы наблюдали значительно реже, чем у контрольной группы.

Ободряющие результаты получены М. Русеело и соавторами (США) при введении эмбихина (0,4 мг/кг) в опухолевую ткань во время оперативного вмешательства по поводу рака желудочно-кишечного тракта. Для ограничения поступления эмбихина в общий ток кровообращения накладывались клеммы в пределах предполагаемой границы резекции органа. Благодаря сочетанному лечению отмечались значительно уменьшение рецидивов и улучшение отдаленных результатов.

Экспериментальные и клинические наблюдения показывают, что противоопухолевые вещества не обладают избирательным действием на опухолевые клетки. Они токсичны и для нормальных клеток. Особенно угнетающее действие оказывают химиотерапевтические препараты на кроветворные органы, желудочно-кишечный тракт, нервную систему. Эти побочные явления могут быть снижены путем выбора соответствующего химиопрепарата, дозировки, метода введения и снятия токсического действия антиметаболита соответствующими метаболитами.