

## ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Г. М. Чекаев

*Кафедра хирургии и онкологии (зав.— проф. Д. М. Красильников)  
Казанского государственного медицинского университета, Республиканская  
клиническая больница (главрач — С. В. Абуладзе) МЗ РТ*

Существование первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) в настоящее время ни у кого не вызывает сомнений. Наиболее часто встречаются описания комбинации рака желудка со злокачественными опухолями молочной железы, матки, мочевого пузыря и кожи.

Редкость сочетания рака желудка с раком слепой и прямой кишок и трудность диагностики побудили нас поделиться нашим наблюдением.

Н., 60 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на затрудненное прохождение твердой пищи, ноющие боли в эпигастрии, отсутствие аппетита, тошноту, общую слабость, похудание.

Состояние средней тяжести, кахексия. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких рассеянные сухие хрипы. Живот умеренно увеличен в размерах с наличием варикозно расширенных вен и пигментацией кожи вокруг пупка, мягкий, умеренно болезненный в области пупка, где пальпируется плотное бугристое неподвижное образование. В отлогих местах перкуторно определяется свободная жидкость.

Ректальное исследование: на задней стенке ампулы имеется опухоль (3×2 см) блюдцеобразной формы.

Рентгенологическое заключение при исследовании желудка: рак кардиального отдела желудка.

УДК 616—006.3.04—085.849

После проведения инфузионной терапии больному выполнена операция, в ходе которой было выявлено следующее: асцитическая жидкость в количестве 1500 мл; в области кардиального отдела желудка — опухоль, прорастающая во все слои желудка (6×5 см) с переходом на пищевод, увеличенные плотные периаортальные лимфатические узлы. Желудок малых размеров, умеренно фиксирован и в рану выводится с трудом. Печень не увеличена; видимых метастазов опухоли не найдено; стенка тонкой кишки утолщена, гипертрофирована, умеренно раздута на всем протяжении. В области слепой кишки определяется опухолевидное образование (7×6 см), прорастающее в корень брыжейки тонкой кишки. Произведены гастростомия по Кадеру, илеостомия, дренирование брюшной полости.

Клинический диагноз: первично-множественные опухоли желудочно-кишечного тракта, рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод, рак слепой кишки с прорастанием в корень брыжейки тонкой кишки, осложненный частичной обтурационной непроходимостью кишечника, рак прямой кишки. Асцит.

Гистологически установлено, что все опухоли являются аденокарциномами.

Через 24 дня больной скончался.

В заключение следует отметить, что крайне редкое сочетание локализации опухолевого процесса в желудке, слепой и прямой кишках создает значительные трудности при ранней диагностике и выборе оптимального варианта хирургического лечения.

Поступила 21.04.94.

## О РОЛИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

В. С. Даценко

*Кафедра клинической радиологии (зав.— проф. В. С. Даценко)  
Российской медицинской академии последипломного образования, г. Москва*

Лечение сарком мягких тканей представляет сложную, а порой и неразрешимую проблему. Около 25 лет назад единственным эффективным методом считалось хирургическое вмешательство. Однако неадекватные операции (вылущивание опухоли в амбулаторных условиях), наличие в 40—70% случаев мультицентрического роста приводят к развитию местных рецидивов и отдаленных метаста-

зов, преимущественно в легкие. Применение новых источников излучений и методов лучевого воздействия позволили наметить принципиально новые способы лечения сарком мягких тканей.

При лечении больных со злокачественными мягкотканными новообразованиями ставятся 4 задачи [4]: а) воздействие на первичную опухоль; б) сохранение функции конечности

Таблица 1

## Распределение больных с саркомами мягких тканей

Гистологическая структура опухоли	Число больных	%
Фибросаркома	86	33,8
Экстраабдоминальный десмоид	7	2,8
Миксосаркома	7	2,8
Зрелая липосаркома	14	5,5
Эмбриональная липосаркома	III	4,3
Смешанная забрюшинная липосаркома	9	3,5
Гемангиосаркома	11	4,3
Лимфангиосаркома	5	2,0
Рабдомиосаркома (взрослых)	12	4,7
Синовиальная саркома	24	9,5
Нейросаркома	6	2,4
Неклассифицируемые (полиморфо-веретеннокругло-клеточные) саркомы	62	24,4
Всего	254	100,0%

(если возможно) или пораженного подлежащего участка; в) профилактика местных рецидивов; г) профилактика отдаленных метастазов. Для реализации этих задач предпринимаются органосохраняющие операции: широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, различные варианты предоперационной или послеоперационной лучевой терапии, циклы полихимиотерапии, применяемые раздельно в различной последовательности или одновременно [2—6]. Основой для использования дополнительных методов лечения послужили данные о неодинаковой чувствительности к лучевому и лекарственному воздействию различных гистологических структур и отдельных участков сарком мягких тканей [1].

Нами предпринята попытка выявить радиочувствительность ряда злокачественных опухолей мягких тканей к лучевой и химиотерапии, разработать показания и методы радикального и паллиативного лечения в зависимости от распространенности опухолевого процесса и радиочувствительности мягкотканых сарком.

Основой исследования послужили наблюдения за 254 больными с саркомами мягких тканей (возраст — 16—61 год), которым было проведено комбинированное или комплексное лечение с 1965 по 1990 г. Во всех случаях диагноз был подтвержден данными гистологического исследования. Распределение больных в зависимости

Таблица 2

## Радиочувствительность сарком мягких тканей в зависимости от гистологической структуры опухоли

Радиочувствительность опухоли	Гистологическая структура опухоли
Низкая	Миксосаркома, зрелая липосаркома, рабдомиосаркома (взрослых), нейросаркома
Средняя	Фибросаркома, экстраабдоминальный десмоид, гемангиосаркома, неклассифицируемые саркомы
Высокая	Эмбриональная липосаркома, лимфангиосаркома, синовиальная саркома

от патоморфологической структуры опухоли представлено в табл. 1.

Наиболее часто (58,9%), по нашим данным, встречались фибро- и неклассифицируемые саркомы. При поступлении у 61 (25%) из 254 больных диагностировано первичное заболевание, у 193 (76%) — рецидив.

В 211 случаях лечение начинали с предоперационного облучения классическими фракциями до суммарных очаговых доз (СОД), равных 46—50 Гр. Облучение проводили по возможности с двух встречных тангенциальных полей, отступая от края опухоли на 4—5 см. 32 больным назначали послеоперационную лучевую терапию. СОД на весь облучаемый объем составляли 44—50 Гр, локально на маркированные участки или за счет внутритканевого компонента (иглы в нейлоновых трубочках, гранулы  $^{198}\text{Au}$ ) — дополнительно 25—30 Гр. 11 больным проведен самостоятельный курс лучевого или химио-лучевого лечения, причем облучение предпринимали по расщепленному курсу, при этом СОД достигали 65—75 Гр. Из химиотерапевтических препаратов в зависимости от гистологической структуры опухоли применяли аналоги адриабластина, оливомидин, сарколизин, метотрексат, винбластин, циклофосфан [2, 3].

Наблюдения за течением заболевания, реакцией опухоли на лучевое и химиотерапевтическое воздействие, частотой и временем возникновения местных рецидивов и отдаленных метастазов позволили сделать ряд выводов о радиочувствительности сарком мягких тканей (табл. 2).

Реакция сарком мягких тканей после лучевого воздействия методом классического фракционирования (СОД—50 Гр)

Гистологическая структура опухоли	Уменьшение опухоли							
	отсутствует		<50%		>50%		полная регрессия	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Фибросаркома	4	9,3	23	39,7	32	42,7	8	22,9
Экстраабдоминальный десмоид	1	2,3	1	1,7	1	1,3	—	—
Миксосаркома	6	13,9	1	1,7	—	—	—	—
Зрелая липосаркома	7	16,3	1	1,7	—	—	—	—
Эмбриональная липосаркома	—	—	4	6,9	—	—	6	17,1
Смешанная забрюшинная липосаркома	1	8,3	5	8,6	—	—	4	11,4
Гемангиосаркома	—	—	5	8,6	6	8,0	—	—
Лимфангиосаркома	—	—	1	1,7	2	2,7	2	5,7
Рабдомиосаркома (взрослых)	10	23,3	2	3,4	—	—	—	—
Синовиальная саркома	—	—	3	5,2	7	9,3	9	25,7
Нейросаркома	5	11,6	1	1,7	—	—	—	—
Неклассифицируемые саркомы	9	20,9	11	19,0	27	36,0	6	17,1
Всего	43	99,9	58	99,9	75	100	35	93,9

Таблица 4

Отдаленные результаты лечения больных с саркомами мягких тканей

Гистологическая структура опухоли	Число больных	Местные рецидивы и отдаленные метастазы		Живы 5 лет без рецидива забoleвания	
		абс.	%	абс.	%
		Фибросаркома	86	40	46,5
Экстраабдоминальный десмоид	7	2	28,6	7	100,0
Миксосаркома	7	2	28,6	7	100,0
Зрелая липосаркома	14	11	78,6	5	35,7
Эмбриональная липосаркома	11	2	18,2	9	81,8
Смешанная забрюшинная липосаркома	9	4	46,5	5	55,6
Гемангиосаркома	11	9	81,8	2	18,2
Лимфангиосаркома	5	2	40,0	3	60,0
Рабдомиосаркома (взрослых)	12	11	91,7	1	8,3
Синовиальная саркома	24	12	50,0	12	50,0
Нейросаркома	6	5	83,3	3	50,0
Неклассифицируемые саркомы	62	26	41,9	39	62,9
Всего	254	126	49,6	149	58,7

На основании полученных данных качественные новообразования мягких тканей были разделены на 3 группы. Более детально реакции мягкотканых сарком на лучевое воздействие показаны в табл. 3.

Приведенные результаты позволили ориентировочно наметить тактику лечения, которую более уверенно стали применять после анализа отдаленных исходов комбинированного или комплексного воздействия (табл. 4).

При радиорезистентных новообразованиях единственным методом воздействия является хирургическое вмешательство. Лучевая терапия, прово-

димая до операции или после нее, не способствует снижению частоты местных рецидивов и улучшению отдаленных результатов. У больных с низкой радиочувствительностью опухоли лучевая терапия может применяться с симптоматической целью для уменьшения или купирования болевого синдрома.

При саркомах мягких тканей со средней радиочувствительностью представляется оправданным комбинированное лечение. Нами не получено различий (за исключением Т<sub>3</sub>, когда, безусловно, показано предоперационное лучевое или химио-лучевое лечение) при оценке пред- или послеоперационного облучения.

Кажущееся несоответствие (в табл. 4 подчеркнуто) связано с тем, что у ряда больных после возникновения местного рецидива повторное рациональное лечение позволило достигнуть пятилетнего безрецидивного течения.

При высокочувствительных новообразованиях, особенно при рецидивах опухоли, предпочтительнее, на первом этапе условное предоперационное химио-лучевое воздействие. Вначале проводят цикл полихимиотерапии (ЦВМ, ВОПЦ, АЦ и др.), через неделю начинают расщепленный курс лучевой терапии до СОД 24—30 Гр. Во время перерыва планируют второй цикл полихимиотерапии (первый этап). Если после лечения опухоль полностью регрессирует, то возобновляют локальное облучение до СОД 65—75 Гр с последующими тремя «профилактическими» курсами поли-

химиотерапии по схеме АМЦ с интервалом между ними в 3 месяца. Если после первого этапа определяется остаток новообразования, то выполняют оперативное вмешательство с последующими циклами полихимиотерапии [2, 3].

## ВЫВОДЫ

1. При радиорезистентных саркомах мягких тканей методом выбора является чисто хирургическое лечение. Лучевая терапия может быть применена для снятия или уменьшения болевого синдрома.

2. При опухолях со средней радиочувствительностью оправдано комбинированное воздействие с использованием лучевой терапии до операции (классическое или динамическое фракционирование) или после нее (обычное фракционирование дозы, внутритканевая терапия и, возможно, интраоперационное облучение).

3. При высокочувствительных новообразованиях показаны комплексные варианты, а в отдельных случаях — консервативное химио-лучевое лечение.

УДК 618.1—006.6—089.8 : 616.8

## ОСОБЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*В. В. Васянова, В. Д. Менделевич*

*Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. М. Менделевич) Казанского государственного медицинского университета*

Актуальность исследований пограничных психических расстройств (ППР) после радикальных онкологических операций определяется их достаточно большой распространенностью. Частота пограничных психических расстройств, по данным разных авторов, варьирует от 26 до 92% [2, 4, 5], что зависит от личностно-конституциональных особенностей, этапа болезни, эффективности ее терапии. Считается, что «тяжесть» онкологического диагноза является сильнейшим психотравмирующим фактором наряду с такими, как радикальность оперативного вмешательства по поводу злокачественного новообразования, необходимость пред- и постоперационной курсовой лучевой и (или) химиотерапии.

Целью настоящей работы являлось изучение особенностей пограничных психических расстройств после радикальных онкологических операций у женщин (гинекологического, урологического, проктологического профиля) в сравнительном возрастном аспекте.

Было проведено клинико-психопатологическое обследование 124 больных женщин после радикальных операций на матке, яичниках, мочевом пузыре, прямой и сигмовидной кишках по поводу злокачественных новообразований этих органов. Больные были в возрасте от 25 до 82 лет. В соответствии с общепризнанными критериями оценки влияния возрастного фактора на особенности формирования психического статуса больные были разделены на четыре группы. В 1-ю

## ЛИТЕРАТУРА

1. Волченко Н. Н., Лавникова Г. А., Дарьялова С. Л. // Мед. радиол.—1981.— № 4.— С. 31—35.
2. Дарьялова С. Л., Чиссов В. И. Диагностика и лечение злокачественных опухолей.— М., 1983.
3. Переводчикова Н. И., Горбунова В. А., Куцаев Е. В., Селюжицкий И. В. Химиотерапия злокачественных опухолей.— М., 1988.
4. Abbatucci J. S. // Bul. Cancer.— 1988.— Vol. 75.— P. 475—481.
5. Pape H., Zamboglow N., Furst G., Schmitt G. et al. // Tumor Diagn. und ther.— 1988.— Vol. 9.— Sonderh.— N-1.— P. 31—34.
6. Schray M. F., Gunderson L. L., Sim F. H. // Cancer.— 1990.— 66.— № 3.— P. 451—456.

Поступила 23.02.95.

## ROLE OF IRRADIATION THERAPY IN THE TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS OF SOFT TISSUE

*V. S. Datsenko*

### Summary

As many as 254 patients with sarcomas of soft tissue were under observation for 5 years. The classification of malignant soft tissue tumors depending on their irradiation sensitivity is developed. The data for the rate of local relapses and remote metastases in histologic variants of tumors and the data for five-years survival without relapses are presented. Based on the irradiation sensitivity of sarcomas of soft tissue the treatment methods are recommended.