

раженные регионарные лимфоузлы. Пациентам проводилось конформное облучение на основе трехмерного компьютерного планирования. В 1-й день на первой, четвертой и седьмой неделях пациентам проводилась инфузия цисплатина в дозе 100 мг/м². В терапию сопровождения включали стандартную гидратацию, антиэметики, анальгетики, местные противовоспалительные средства, тизоль.

Облучение проводилось без перерыва в течение семи недель.

Результаты: Срок наблюдения составил от 2 до 10 мес. Для оценки эффекта проводили ЛОР-осмотр, эндоскопию, КТ головы-шеи. Также оценивалась токсичность: лучевые реакции (дерматит, мукозит, ксеростомия, дисфагия, изменение речи), гематологические и биохимические изменения. 17 пациентов полностью окончили курс лечения, перерыв не потребовался ни в одном случае. Двум пациентам прекращено лечение на дозе 50 Гр в связи с выраженной токсичностью (нейтропения, тромбоцитопения 4 степени). 1 пациенту лечение закончили на дозе 60 Гр в связи с его отказом от продолжения.

Из окончивших курс лечения пациентов (n=17) полная резорбция опухоли (через 2 мес) зарегистрирована у 6 (33%), частичная – у 11 (67%). В дальнейшем без признаков прогрессирования наблюдается 15 человек, 2 пациента умерли через 8 и 10 мес после окончания лечения от интеркуррентной патологии. В процессе лечения лучевые реакции 1-3 степени отмечены у всех пациентов, 4 степень не наблюдалась ни в одном случае. К моменту осмотра (через 2 мес) степень токсичности не превышала 1-2 степени у всех пациентов. Наблюдения за пациентами продолжаются.

Выводы. Проведение данного метода сочетанной химиолучевой терапии позволяет добиться высокого непосредственного эффекта для данной категории пациентов (III-IV стадия). Наблюдаемая токсичность позволяет проводить курс облучения без перерыва до радикальной дозы. Дальнейшие наблюдения предполагают оценить эффективность и позднюю токсичность.

БРОНХИОАЛЬВЕОЛЯРНЫЙ РАК ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ

Бердников Р.Б., Гринберг Л.М.
г. Екатеринбург

Бронхиоальвеолярный рак (БАР), в прошлом обозначаемый термином “аденоматоз” и считавшийся редким заболеванием, в настоящее время довольно хорошо изучен и уже не расценивается как

редкая опухоль. Разработаны критерии морфологической диагностики, выделены рентгено-анатомические формы (узловая, пневмониеподобная и диссеминированная) и гистологические типы (БАР-1 – светлоклеточный слизеобразующий, БАР-2 – темноклеточный неслизеобразующий и БАР-3 – недифференцированный) опухоли. Однако, несмотря на значительные успехи в исследованиях, многие вопросы остаются освещены недостаточно, в частности, в литературе практически отсутствуют данные, касающиеся анализа смертельных случаев и танатогенеза при БАР.

Цель: выявить особенности танатогенеза при БАР с учётом клинико-морфологических форм заболевания.

Материалы и методы: В разработку включены 32 аутопсийных случая БАР, которые были верифицированы в ЦГАО городского Екатеринбургского противотуберкулёзного диспансера за период с 1967 по 2004 гг. При проведении исследования использовались записи в медицинской документации (протоколы вскрытия, выписки из историй болезни), а также архивные гистологические препараты, изготовленные по стандартной методике с окрасками гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону, пикрофуксином и фукселином по Горновскому, на слизь по Крейбергу.

Результаты. Среди умерших одинаковое количество лиц мужского и женского пола (по 16), возрастная структура выглядит следующим образом: от 30 до 39 лет – 3 человека, 40–49 лет – 5, 50–59 лет – 8, 60–69 лет – 9, свыше 70 лет – 7 человек. Средний возраст составил 62,6 лет. Распределение по рентгено-анатомическим формам опухоли: 26 случаев диссеминированная, 4 случая узловая и 2 случая пневмониеподобная формы. Среди гистологических типов преобладает БАР-3 (23 случая), БАР-1 диагностирован у 8 умерших, БАР-2 – у одного. В большинстве наблюдений (11) клинически диагностирован “карциноматоз лёгких”, в 6 случаях – рак лёгкого, в 2 – неспецифическая пневмония, в 6 – БАР, в 1 наблюдении – идиопатический фиброзирующий альвеолит; в 7 случаях процесс расценивался как туберкулёз, из них в 2 случаях предполагалась двусторонняя казеозная пневмония, в 4 – диссеминированный туберкулёз.

В 26 наблюдениях патологоанатомический диагноз был сформулирован как простой, в котором БАР является основным заболеванием, в 6 случаях БАР входил в состав комбинированного основного заболевания. Сопутствующая патология лёгких морфологически выявлена у 9 больных и представлена бронхоэктазами (1 случай), в 1 случае было сочетание БАР и идиопатического фиброзирующего альвеолита. Следует подчеркнуть, что в 7 случаях обнаружен туберкулёз преимущест-

венно в неактивной фазе (4 случая – кониотуберкулёз внутригрудных лимфоузлов и фиброзно-казеозные очаги в лёгких, по одному случаю инфильтративный туберкулёз с распадом и санированная каверна). Только в одном наблюдении туберкулёз был выявлен клинически, но ошибочно клинически расценен как основное заболевание.

В 26 случаях диссеминированной формы БАР преимущественной непосредственной причиной смерти явилась прогрессия опухолевого процесса с двусторонним поражением лёгких (100%) и метастазами в ВГЛУ (8 случаев), печени (3 случая), почках (2 случая), надпочечниках и головном мозге (по 1 случаю). В отличие от бронхогенной аденокарциномы, где при опухолевом периферическом узле наблюдается лимфо-гематогенное метастазирование, при БАР происходит преимущественно внутрилёгочное аэрогенное распространение с развитием двустороннего поражения. В клинической картине это находит отражение как прогрессирование дыхательной недостаточности и гипоксии. Признаки лимфогенного прогрессирования – каршиноз лимфатических сосудов, метастазы в ВГЛУ отмечены в 16 случаях, из них в 5 наблюдалось ещё и гематогенное метастазирование (печень, почки, надпочечники, головной мозг).

Особенности метастазирования данной опухоли строятся на её уникальном гистологическом строении: рост на межальвеолярных перегородках без образования собственной стромы, что делает непрочными клеточно-стромальные связи и ведёт к слушванию опухолевых клеток в просвет альвеолярного мешочка. При слизеобразующих типах (БАР-1, БАР-3, которые составили 25 из 26 случаев диссеминированной формы) слушенные клетки вместе со слизью свободно перемещаются по бронхам и бронхиолам, просвет которых при данной опухоли сохранён, и имплантируются в стенку ещё не поражённой альвеолы.

В 11 случаях (34,5%) место основного смертельного осложнения в структуре патологоанатомического диагноза занимала ТЭЛА, которая развилась в 5 наблюдениях диссеминированной формы (в 1 случае наряду с ДВС-синдромом), в 2х – при узловой и пневмониеподобной формах. В 4 наблюдениях ТЭЛА осложнила послеоперационный период и развилась после лобэктомии по поводу узловой формы БАР (3 случая) и в 1 случае после пробной торакотомии (диссеминированная форма БАР). Источником ТЭЛА во всех случаях явился флеботромбоз глубоких вен голени. Одной из возможных причин нарушения свёртывающей системы крови, ведущей к флеботромбозу, по данным литературы, могут быть компоненты слизи, продуцирующиеся опухолью и обладающие прокоагулянтным потенциалом.

Выводы: 1. На аутопсийном материале при БАР преобладает диссеминированная форма с двусторонним распространенным поражением лёгких, сопровождающаяся развитием прогрессирующей дыхательной недостаточности, тяжёлой гипоксии и смерти больных.

2. Более чем в 1/3 наблюдений непосредственной причиной смерти при БАР является ТЭЛА, развивающаяся на почве флеботромбоза глубоких вен голени. В 4 наблюдениях ТЭЛА осложнила послеоперационный период у больных БАР.

3. Прижизненная диагностика распространённой (диссеминированной) формы опухоли представляет существенные трудности, правильный клинический диагноз был поставлен только в 18,5% случаев. Наибольшие клинические затруднения вызывает дифференциальная диагностика между БАР и различными формами туберкулёза лёгких. При этом БАР, по данным аутопсий, нередко развивается на фоне туберкулёза (21,2%).

ИТОГОВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ ЗА 50 ЛЕТ (1952-2005 гг.)

Берзин С.А.
г. Екатеринбург

Совершенствование онкологической помощи в г. Екатеринбурге осуществлялось на протяжении всего 75-летнего периода работы онкологической службы Свердловской области. Но изучить его результаты можно лишь с 50-х годов XX века, когда был поставлен качественный формализованный учёт заболеваемости, смертности и методик проведённого лечения онкологических больных.

Изучение годовых отчётов Свердловского городского, а в дальнейшем объединённого областного онкологического диспансера позволяет увидеть огромную работу, проведённую городской и областной онкологической службой в плане совершенствования методов лечения и ранней диагностики злокачественных опухолей. В настоящем исследовании дана оценка этой работы по наиболее объективному критерию – динамике смертности от онкозаболеваний за последние 50 лет. Но поскольку динамика смертности зависит от динамики заболеваемости, итоговые результаты совершенствования онкологической помощи изучены по динамике соотношений умирающих и заболевающих в процентах к последним.