



ВЕСТНИК Московского Онкологического Общества

HERALD of the Moscow Cancer Society

УДК 616-006.

Издается с 1994 г.

Ежемесячный научный журнал. Учредитель — ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина, РАМН

СБОРНИК ПРОТОКОЛОВ ЗАСЕДАНИЙ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

ЗА 2000-2003 гг.

500 ЗАСЕДАНИЙ ОБЩЕСТВА

Председатель Московского Онкологического общества проф. А.И. ПАЧЕС (РОНЦ им. Н.Н. Блохина)

Заместители Председателя: проф. В.В. СТАРИНСКИЙ (МНИОИ им. П.А. Герцена), проф. А.Н. МАХСОН (Онкологическая клиническая больница № 62), проф. А.М. СДВИЖКОВ (Онкологический клинический диспансер № 1).

Совет Общества: М.Д. Алиев, А.Ю. Барышников, М.И. Давыдов, В.П. Харченко, В.И. Чиссов. Руководитель совета — академик РАН и РАМН, проф. М.И. ДАВЫДОВ (РОНЦ им. Н.Н. Блохина). Зам. руководителя — академик РАМН, проф. В. И. ЧИССОВ (МНИОИ им. П.А. Герцена).

Комитет Экспертов: В.И. Борисов, П.Г. Брюсов, А.П. Ильницкий, А.А. Клименков, И.В. Кузьмин, В.П. Летягин, А.С. Мамонтов, А.М. Нечипай, ГА. Новиков, И.В. Поддубная, Б.К. Поддубный, И.В. Решетов, И.В. Селюжицкий, Ю.Н. Соловьев. Руководитель комитета — чл.-корр. РАМН, проф. И.В. ПОДДУБНАЯ (Академия последипломного образования врачей). Зам. руководителя — проф. А.С. МАМОНТОВ (МНИОИ им. П.А. Герцена) и проф. В.П. ЛЕТЯГИН (РОНЦ им. Н.Н. Блохина).

Организационный Комитет: А.А. Азаров, С.М. Волков, И.А. Гладиллина, Л.В. Демидов, Л.Г. Кожанов, И.О. Кондратьев, Д.Р. Насхлеташвили, Б.М. Прохоров, И.Н. Пустынский, В.Ю. Сельчук, М.Т. Тагиев, В.М. Хомяков, В.Д. Чхиквадзе. Руководитель комитета — проф. В.Ю. СЕЛЬЧУК (РОНЦ им. Н.Н. Блохина).

Ревизионная комиссия: В.В. Брюзгин, Е.П. Симакина, В.Ф. Савинова. Председатель комиссии — проф. В.В. БРЮЗГИН (РОНЦ им. Н.Н. Блохина).

Редколлегия журнала: И.И. Белоусова, С.М. Волков, И.А. Гладиллина, Д.Р. Насхлеташвили, И.Н. Пустынский, Е.Г. Турнянская. Главный редактор — С.М. ВОЛКОВ, редактор выпуска — И.Н. ПУСТЫНСКИЙ (РОНЦ им. Н.Н. Блохина).

Адрес редакции: Москва, 115478, Каширское шоссе 24 (т. /+7 495/ 324-2640; 741-9265) *E-mail:* volkov_sm@mail.ru

Журнал зарегистрирован в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. (Свидетельство № ПИ 77-14041 от 29.11.2002)

Отпечатано в типографии ООО «Диджитал». Объем 8.5 печ.л. Тираж 1000 экз.

При перепечатке материалов ссылка на «ВЕСТНИК Московского Онкологического общества» обязательна.

Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские онкодиспансеры; в онкологические центры государств Содружества.

Высылается также всем действительным членам Общества в Российской Федерации и за ее пределами.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

(тематика, порядковый номер и дата проведения)

Сведения о публикации протоколов заседаний (№ 444-463 за 1998-1999)	6
Хирургия рака пищевода (№ 464, 27 января 2000)	7
Интенсивная терапия в онкологии (№ 465, 24 февраля 2000)	8
Тромбогеморрагические осложнения (№ 466, 30 марта 2000)	9
Хирургия рецидива рака желудка (№ 467, 27 апреля 2000)	10
Онкология в вооруженных силах (№ 468-469, 11 мая 2000)	11
Проблемы онкоморфологии (№ 470, 10 октября 2000)	12
40 лет отечественной клинической химиотерапии злокачественных опухолей (№ 471, 26 октября 2000)	13
Головное направление клинической онкологии (№ 472, 30 ноября 2000)	13
Интервенционная радиология в онкологии (№ 473, 21 декабря 2000)	15
Сигнальный (сторожевой) лимфоузел рака молочной железы (№ 474, 25 января 2001)	16
Реабилитация больных раком гортани (№ 475, 22 февраля 2001)	17
Психология онкологических больных (№ 476, 29 марта 2001)	19
Проблемы онкогинекологии (№ 477, 26 апреля 2001)	20
Хирургия опухолей легких (№ 478, 31 мая 2001)	22
Хирургия рака желудка (№ 479, 7 июня 2001)	24
Успехи онкоурологии (№ 480, 27 сентября 2001)	25
Вопросы онкоморфологии (№ 481, 9 октября 2001)	26
Опухоли позвоночника (№ 482, 29 ноября 2001)	27
Юбилей: 50 лет РОНЦ им. Н. Н. Блохина (№ 483, 19 декабря 2001)	28

CONTENTS

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY

Publications of the proceedings (№ 444-463 (1998-1999))	6
Surgery for esophageal carcinoma (№ 464, January 27, 2000)	7
Intensive care in oncology (№ 465, February 24, 2000)	8
The cases of thromboembolism in patients with cancer (№ 466, March 30, 2000)	9
Surgery for recurrent gastric carcinoma (№ 467, April 27, 2000)	10
Oncology in military medicine (№ 468-469, May 11, 2000)	11
The problems of oncomorphology (№ 470, October 10, 2000)	12
Jubilee: 40 years of the first department in Russia specialized for chemotherapy of malignant tumors. (№ 471, October 26, 2000)	13
Jubilee: 35 years of the first department in Russia specialized for the patients with the malignancies, localized in head-and-neck region. (№ 472, November 30, 2000)	13
Interventional radiology in oncology (№ 473, December 21, 2000)	15
Sentinel lymphnode in patients with mammary carcinoma (№ 474, January 25, 2001)	16
The rehabilitation after laryngectomy (№ 475, February 22, 2001)	17
The psychology of patients with cancer (№ 476, March 29, 2001)	19
The problems of oncogynecology (№ 477, April 26, 2001)	20
Surgery of pulmonary malignancies (№ 478, May 31, 2001)	22
Gastric cancer surgery (№ 479, June 7, 2001)	24
The progress in urologic oncology (№ 480, September 27, 2001)	25
The problems of oncomorphology (№ 481, October 9, 2001)	26
Surgery in patients with spine metastases (№ 482, November 29, 2001)	27
Jubilee: 50 years of the N. N. Blokhin Cancer Research Center (№ 483, December 19, 2001)	28

Встреча онкологической общественности с академиком Б. В. Петровским — патриархом отечественной хирургии, презентация книги "Героизм, драматизм и оптимизм медицины" (№ 484, 31 января 2002)	29	Presentation of the book, named: "Heroic, dramatic and optimistic medicine" — by Prof. Boris.V.Petrovsky (the outstanding surgeon, former USSR' Minister of health) (№ 484, January 31, 2002)	29
Отчеты и выборы в обществе (№ 485, 28 февраля 2002)	31	Reports and elections in the Moscow Cancer Society (№485, February 24, 2002)	31
Рак молочной железы и беременность (№ 486, 28 марта 2002)	32	Mammarial carcinoma and related pregnancy (№ 486 March 28, 2002)	32
Канцер-регистр. Обмен опытом разработок и практического применения (№ 487, 18 апреля 2002)	34	The experience in the field of cancer registry in Russia (№ 487 April 18, 2002)	34
Наследие академика Н. Н. Блохина. Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения основателя Онкологического центра (№ 488, 14 мая 2002)	35	Jubilee: the conference in the N. N. Blokhin Cancer Research Center is held to celebrate the 90-th anniversary of academician Nikolai N. Blokhin (1912-1993), the founder of this institution (№ 488 May 13-14, 2002)	35
Лазерная терапия в онкологии (№ 489, 6 июня 2002)	41	The use of lasers in oncology (№ 489, June 7, 2002)	41
Хирургия рака молочной железы (№ 490, 26 сентября 2002)	41	Surgery for mammarial carcinoma (№ 490 September 26, 2002)	41
Вопросы онкоморфологии (№ 491, 15 октября 2002)	43	The problems of oncomorphology (№ 491, October 8, 2002)	43
Рак щитовидной желзы. Новое в диагностике и лечении (№ 492, 28 ноября 2002)	44	Thyroid cancer. New data in diagnostics and treatment (№ 492 November 28, 2002)	44
Представление медицинской информации (№ 493, 26 декабря 2002)	46	Presentation of medical information (№ 493 December 26, 2002)	46
Лимфодиссекция в хирургии рака желудка (№ 494, 30 января 2003)	47	Lymph node dissection in surgery for gastric carcinoma (№ 494 January 30, 2003)	47
Хирургия колоректального рака (№ 495, 27 февраля 2003)	50	Surgery for rectal carcinoma (№ 495 February 27, 2003)	50
Амбулаторная химиотерапия (№ 496, 27 марта 2003)	53	Moscow experience in chemotherapy, provided in out-patient's departments (№ 496 March 27, 2003)	53
Проблемы черепно-челюстно-лицевой онкохирургии (№ 497, 24 апреля 2003)	55	Carcinomas, located in the basis of cranium and mandibular-maxillar region (№ 497 April 24, 2003)	55
Опухоли опорно-двигательного аппарата (№ 498, 22 мая 2003)	56	Bone and soft tissue sarcomas (№ 498, May 22, 2003)	56
Научные разработки проф. Б. Е. Петерсона (1923—1981) (№ 499, 19 июня 2003)	59	The proceedings is held in the memory of the late Prof. Boris E. Peterson, outstanding Russian oncologist (1923-1981), (№ 499 June 19, 2003)	59
500 ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА		THE 500-th PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY	
Лимфодиссекция средостения в хирургии немелкоклеточного рака легкого (№ 500, 25 сентября 2003)	60	Mediastinal lymphadenectomy in surgery for lung carcinoma., (№ 500, September 25, 2003)	60
Гастро-интестинальные стромальные опухоли (№ 501, 14 октября 2003)	62	Gastro-intestinal stromal tumors (№ 501, October 14, 2003)	62
Восстановительное лечение в онкологии. Заседание посвящено памяти профессора В. Н. Герасименко (1933-2002) (№ 502, 27 ноября, 2003)	64	Rehabilitation in oncology. The proceedings is held in the memory of the late Prof. Vadim N. Gerasimenko (1933-2002) - the founder of the first Russian department of Rehabilitation. (№ 502, November 27, 2003)	64
Актуальные вопросы химиотерапии (№ 503, 25 декабря 2003)	65	Urgent problems of chemotherapy (№ 503. December 25, 2003)	65

500 заседаний

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



25 сентября 2003 г.

в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

состоялось юбилейное,

пятисотое заседание

**МОСКОВСКОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ОБЩЕСТВА**



На фото: рабочие и торжественные моменты
жизнедеятельности Общества

Московское Научное Онкологическое общество было создано по инициативе проф. А. И. Савицкого, в то время — Директора МНИОИ им. П. А. Герцена. На организационное заседание 2 декабря 1954 г. А. И. Савицкий пригласил крупнейших авторитетов онкологии и хирургии. Они и составили первое правление Общества: Н. Н. Блохин, Л. А. Зильбер, Ф. М. Ламперт, Т. Г. Лариощенко, А. С. Лурье, В. И. Казанский, А. Н. Новиков, Л. А. Новикова, Б. В. Петровский, И. Я. Сендульский.

По воле случая, я стал свидетелем этого исторического заседания, поскольку находился в соседней смежной комнате и прослушал все, что на нем было сказано, от начала до конца. В последующем, я нередко бывал на заседаниях Онкологического общества, в том числе и как соавтор различных сообщений. Многие заседания Общества запомнились обстановкой творчества, общением с моими учителями и учениками. Судьба распорядилась так, что сегодня мне доверено продолжить деятельность Общества на посту председателя. Вот почему 500 заседаний и почти 50 лет жизнедеятельности Общества для меня стали не просто историей, но и значительной частью собственной профессиональной деятельности, к тому же окрашенной яркими, личными, жизненными впечатлениями.

Общество, на протяжении всей своей деятельности, успешно решало Уставные задачи: «Организации систематического обмена профессиональным опытом, проведения заседаний, распространения научных информационных материалов». Перечитывая протоколы прежних научных форумов, становится очевидным, что заседания не ограничивались сугубо научными докладами. Специалисты могли смотреть видеofilмы с изложением показательных операций, задавать вопросы больным, демонстрированным после излечения, участвовать в дискуссиях. Успешная работа Общества во многом определялась активной творческой позицией многих руководителей институтов, клиник, практических учреждений.

Первое заседание Общества состоялось 8 декабря 54 г., под председательством проф. В. И. Казанского. Был заслушан доклад А. И. Савицкого «Рак легкого и его хирургическое лечение». На втором заседании доцент Б. А. Рудявский демонстрировал двух больных после успешных операций по поводу невриномы желудка. Практика докладов и демонстраций была взята за незыблемую основу.

На заседаниях Общества в первые 10-летия особенно частыми были выступления Н. Н. Блохина — в том числе по крупным проблемам клинической онкологии и будущего науки. В истории Общества остались яркие персоналии ученых-экспериментаторов Л. М. Шабада, Л. А. Зильбера, Г. Я. Свет-Молдавского и др.

К сожалению, за редким исключением, фамилии экспериментаторов не встречаются среди докладчиков последних десятилетий. Это лишь отчасти компенсируется действительно многочисленными сообщениями хирургов, радиологов, химиотерапевтов. За 500 заседаний сделано 180 демонстраций и заслушано 1250 докладов, включая организационные (см. «Отчеты и выборы в Обществе») и информационные (типа: «О поездке советских онкологов в США» - разумеется, с явкой слушателей в аншлаговом количестве).

Председателями Онкологического общества, после А. И. Савицкого, стали Л. М. Шабад, А. Н. Новиков, Н. Н. Трапезников, А. А. Клименков, А. И. Пирогов. Их усилиями сообщество онкологов, практически все время своей деятельности, остается притягательной организацией, способствующей профессиональному совершенствованию специалистов. За 1990-е гг. и в наши дни работа Общества подверглась успешным коррективам. Был принят Устав, по новой структуре формируется правление. В него входят заместители председателя (это представители ведущих онкологических учреждений Москвы: Московского научно-исследовательского Онкологического института им. П. А. Герцена, Клинической Онкологической больницы № 62, Клинического Онкологического диспансера № 1), а также 3 составляющих правление структуры: Совет Общества (формируемый из руководителей ведущих Московских онкологических учреждений), Комитет экспертов (куда входят ведущие специалисты онкологи) и Организационный комитет, где свои организаторские способности может проявить практически каждый действительный член нашего профессионального сообщества.

Печатные материалы — это концентрированный итог деятельности Общества. Разумеется, понятен интерес к этим материалам со стороны ученых и практических онкологов. В этой связи, очевидна значительная роль специалистов, причастных к редактированию и публикации материалов Общества. «Абсолютный рекорд» по длительности работы (1960—1980 гг.!) на ответственном посту секретарей Общества принадлежит доценту кафедры Клинической радиологии РМАПО — Е. П. Симакиной, а также (ныне профессору) В. В. Брюзгину, редактировавшему практически все протоколы заседаний 1970—1980 гг. С 1994 г. печатные материалы Общества дополнились изданием информационного бюллетеня «Вестник», который с 2003 г. стал официальным печатным органом.

Подводя итоги этому обзору наших исторических 500 заседаний, считаю необходимым выразить благодарность специалистам, внесшим наиболее весомый вклад в жизнедеятельность Общества.

Председатель Московского Онкологического общества, профессор А. И. ПАЧЕС

**ПУБЛИКАЦИИ ПРОТОКОЛОВ ЗАСЕДАНИЙ
МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА
(1998-1999 гг.)**

НОМЕР ЗАСЕДАНИЯ	ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ	ПОВЕСТКА ДНЯ	ПУБЛИКАЦИЯ ПРОТОКОЛА
444	29.01.98.	Оценка выживаемости; информационные средства в медицине	Российский онкологический журнал. 1999, № 1, с.52.
445	26.02.98.	Скрининг рака молочной железы	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 52.
446	26.03.98.	Меланома и другие опухоли кожи	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 52-53.
447	23.04.98.	Проблемы онкогинекологии	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 53-54.
448	28.05.98.	Пластика сосудов в онкологии	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 54-55.
449	16.06.98.	100 лет институту онкологии им. П.А.Герцена	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 56-57.
450	24.09.98.	Опухолевые плевриты	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 57.
451	20.10.98.	Проблемы онкоморфологии. Опухоли яичников	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 57-58.
452	26.11.98.	Циторедуктивная хирургия рака толстой кишки	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 58-59.
453	24.12.98.	Гнойная инфекция и антибактериальная терапия	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 59-60.
454	28.01.99.	MALT — лимфомы	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 60.
455	11.02.99.	Актуальные вопросы клинической онкологии	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 61.
456	25.03.99.	Чрескостный остеосинтез в онкологии	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 61-62.
457	29.04.99.	Проблемы лечения больных раком гортаноглотки	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 62-63..
458	27.05.99.	Онкохирургия органов брюшной полости	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 63-64.
459	10.06.99.	Опухоли средостения	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 3, с. 64.
460	30.09.99.	Высокодозная химиотерапия	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 4, с. 60.
461	12.10.99.	Аденомы и аденокарциномы толстой кишки	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 4, с. 60-61.
462	25.11.99.	Внутрибольничная инфекция	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 4, с. 61-62.
463	23.12.99.	45 лет Московскому онкологическому обществу	Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002, № 4, с. 62-64.

Протокол заседания № 464, 27 января 2000 г.

Хирургия рака пищевода

Председатель: проф. А. И. Пирогов.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад и демонстрация: В. И. Чиссов, И. В. Решетов, А. С. Мамонтов, Е. И. Трофимов, С. О. Степанов, С. Б. Петерсон.

Экстирпация пищевода под эндоскопическим контролем при раке шейного отдела пищевода и гортаноглотки

МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

В МНИОИ разработана и апробирована методика комбинированной (мультиорганной) резекции гортаноглотки и шейного отдела пищевода с обязательной лимфаденэктомией. Она заключается в одномоментном удалении гортаноглотки, гортани и пищевода, с резекцией трахеи, удалением клетчатки шеи и средостения, паратрахеальных, бифуркационных, паракардиальных лимфатических узлов, с одномоментной пластикой глотки и пищевода стебельчатым лоскутом из большой кривизны желудка. Одномоментно формируется глоточно-желудочный (орогастральный) анастомоз на шее. Следует отметить применение шейно-диафрагмального доступа к пищеводу с использованием эндохирургического лапароскопического оборудования: через диафрагмальный и шейный доступы проводится осмотр средостения, мобилизация пищевода, улатение медиастинальных лимфатических узлов, гемостаз. Надежность медиастинальной лимфодиссекции контролируется интраоперационной ультрасонографией. В связи со значительным удалением орального отрезка искусственного пищевода от питающих правых желудочно-сальниковых сосудов пластика дополняется микрохирургической васкуляризацией желудочного стебля на шее.

Оперировано 5 больных: 3 — по поводу рака гортаноглотки и шейного отдела пищевода, 1 — рецидива рака гортани и 1 — по поводу местнораспространенного рака щитовидной. Во всех случаях операции выполнены с шейной и медиастинальной лимфодиссекцией. Последующее гистологическое исследование выявило параэзофагеальные метастазы у 2 больных раком гортаноглотки. Имелись осложнения: пневмоторакс (2), точечные слюнные свищи (3), закрывшиеся самостоятельно, аррозивное кровотечение из внутренней яремной вены (1); летальных исходов не было. В дальнейшем восстановилось питание естественным путем, больные вернулись к привычному образу жизни. Двое умерло от конкурирующего заболевания и прогрессирования процесса, остальные наблюдаются амбулаторно от 0,5 до 1,5 лет.

Заключение. Предлагаемая методика облегчает выполнение операций при раке шейного отдела пищевода и гортаноглотки. Показания к применению этой методики уточняются.

Демонстрация: С. И. Емельянов, А. М. Сдвижков, В. Д. Чхикавадзе, Г. А. Франк, И. Е. Хатьков, Н. Л. Матвеев, Т. Г. Володина, Ю. П. Антипов.

Успешное применение эндохирургической техники при резекции пищевода у больной 70 лет по поводу аденокистозного рака

Онкологический клинический диспансер № 1 Комитета здравоохранения г. Москвы

Больная, 70 лет, поступила в ОКД 31.08.1999 г. с жалобами на стойкую, нарастающую в течение 2—3 мес. дисфагию. При обследовании: экзофитная опухоль среднегрудного отдела пищевода протяженностью 2 см, без признаков прорастания в прилежащие структуры и поражения лимфатических узлов.

Оперирована 16.09.1999 г. в объеме субтотальной резекции пищевода эндохирургическим способом с одномоментной подкожной эзофагопластикой стеблем из большой кривизны желудка. Послеоперационный период без осложнений. Гистологическое исследование препарата выявило аденокистозный рак, прораставший мышечную оболочку ($T^2N^0M^0$). Эзофагогастроанастомоз (на шее) выполнен 05.01.2000 г. Больная наблюдается без признаков прогрессирования заболевания. Случай представлен в связи с редкостью гистологической формы опухоли и применением эндохирургической техники при резекции пищевода у пожилой больной со сниженными резервами адаптации.

Доклад: М. И. Давыдов, И. С. Стилиди, Б. Е. Полоцкий, О. Г. Мазурина, М. Д. Тер-Ованесов, Я. Г. Годжаманов, В. Ю. Бохян, А. П. Плесков, Ю. В. Буйденко, В. А. Марчук.

Проблема лимфодиссекции в хирургии рака грудного отдела пищевода

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Изучены особенности и частота лимфогенного метастазирования у 86 больных, оперированных в 1995—1998 гг. в объеме одномоментной субтотальной резекции пищевода с эзофагопластикой желудка, проведенной в заднем средостении в ложе удаленного пищевода, и формированием пищеводно-желудочного анастомоза в куполе правого гемоторакса (модифицированная операция Lewis, 1946). Применялся комбинированный лапаротомный и правосторонний торакотомный доступ, который позволяет безопасно выполнить адекватную операцию по уровню резекции пищевода и формированию соустья и создает оптимальные условия для выполнении последовательной расширенной лимфодиссекции.

У 69 и 17 больных выполнены расширенные двух- и трехзональные лимфодиссекции (2F и 3F). На абдоминальном этапе во всех этих случаях выполнена лимфодиссекция в объеме, аналогичном объему (D^2), выполняемому при раке проксимального отдела желудка. При операциях с трехзональной лимфодиссекцией удалялись надключичные и глубокие шейные лимфатические узлы, причем обязательно с обеих сторон. У 6 больных был выявлен рак верхнегрудного отдела пищевода, у 60 — среднегрудного и у 20 — нижнегрудного отдела. Для сопоставления изучены сведения о 80 больных, оперированных в 1990-х годах в объеме резекции пищевода со стандартной двухзональной лимфодиссекцией (2S). Необходимо подчеркнуть, что операции с удалением только периэзофагеальных и паракардиальных лимфатических узлов выполнялись редко и считались паллиативными. Морфологическое исследование удаленного препарата с маркировкой лимфатических узлов подтвердило высокий потенциал лимфогенного метастазирования рака пищевода. При прорастании мышечной оболочки стенки пищевода (T^2) метастазы обнаружены в 90 % случаев. Вовлечение в опухолевый процесс окружающих структур (T^4) проявилось лимфогенными метастазами в 93,3 % наблюдений. Таким образом, подавляющее большинство больных оперированы при распространенном заболевании (T^3_{-4} — в 72,6 % случаев и N^1 — в 89 %).

Исследована частота поражения различных групп лимфоколлекторов в зависимости от уровня поражения пищевода. Отмечен высокий показатель лимфогенного метастазирования как в средостении, так и в брюшной полости. Например, при раке верхнегрудного отдела пищевода у 20 % больных метастазы были выявлены в лимфатических узлах по ходу левой

желудочной артерии. Лимфоколлекторы шеи поражались в 20 % случаев при раке верхнегрудного и в 5,8 % при раке среднегрудного отдела. «Прыгающие метастазы» выявлены у 30 (41 %) больных. Одновременно изучено количество лимфатических узлов в зависимости от вида лимфодиссекции. Этот показатель также является весьма важным и отражает степень радикализма вмешательства. Соотношение числа пораженных метастазами лимфатических узлов к общему количеству удаленных является значимым прогностическим фактором.

Анализ непосредственных результатов оперативных вмешательств в исследуемых группах показал, что после расширенных лимфодиссекции (2F и 3F) не отмечено достоверного увеличения операционных осложнений по сравнению со стандартными (2S) — 43 и 35 % соответственно. При этом в 84 % случаев отмечались терапевтические (не требующие хирургического пособия) осложнения, преимущественно пневмонии. Летальность после операций с расширенной лимфодиссекцией оказалась ниже таковой после стандартных операций (6,0 и 7,3 % соответственно). Очевидно, что удаление регионарных лимфатических узлов должно быть неотъемлемым компонентом радикальной резекции пищевода по поводу рака. Удаление пораженных регионарных лимфоколлекторов снижает вероятность местных (локорегионарных) рецидивов. Этот фактор улучшает выживаемость, что подтверждается статистикой ведущих клиник мира: продолжительность жизни больных после расширенной лимфодиссекции в 2 раза превышает показатели после стандартных операций.

Выводы:

1. Рак пищевода характеризуется высоким ранним потенциалом лимфогенного метастазирования, независимо от локализаций поражения отмечается значительная вариабельность метастазирования, проявляются «прыгающие метастазы» в различные группы регионарных лимфатических узлов.

2. Радикальное оперативное вмешательство при раке пищевода должно включать расширенную лимфодиссекцию брюшной полости, забрюшинного пространства, билатерально — средостения, а при локализации опухоли в верхне- и среднегрудном отделах, по показаниям, и билатеральную шейную лимфодиссекцию.

3. Обязательным условием точного стадирования является подробное гистологическое исследование первичной опухоли, всех удаленных лимфатических узлов, периезофагеальной клетчатки и грудного лимфатического протока.

Протокол заседания № 465, 24 февраля 2000 г.

Интенсивная терапия в онкологии

Председатели: проф. А. И. Пирогов, д-р мед. наук

Е. С. Горобец.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: С. 77. Свиридова.

Современное состояние интенсивной терапии в онкохирургии

Отделение реанимации и интенсивной терапии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Прогрессу хирургии способствовало техническое и идеологическое перевооружение реанимационно-анестезиологического обеспечения. В клиническую практику были внедрены современные респираторы, которые обеспечивают более физиологичные режимы вентиляции, позволяют снизить частоту послеоперационных легочных осложнений и уменьшить летальность. В арсенале отечественной анестезиологии и реаниматологии появилась высокотехнологичная методика интенсивной терапии массивной кровопоте-

ри — интра- и послеоперационная реинфузия отмытых эритроцитов, собранных и обработанных с помощью специальных аппаратов типа Cell-Saver. Метод позволил перевести массивную кровопотерю (более 2–4 и даже 6–8 ОЦК из разряда чрезвычайного события в разряд рутинной лечебной практики. Инвазивный мониторинг центральной гемодинамики методом катетеризации легочной артерии стал необходимым условием повышения безопасности «агрессивных» травматичных операций у больных высокого риска. Без этих данных практически невозможны своевременная диагностика и терапия ранней стадии отека легких, а также такого угрожающего состояния, как персистирующая подострая гиповолемия на фоне гипопроотеинемии. Следует также отметить важность клинического применения различных методов экстракорпоральной детоксикации. Их внедрение существенно изменило прогноз при сепсисе, септическом шоке и полиорганной недостаточности. Успешное реанимационно-анестезиологическое обеспечение силами квалифицированного, высокопрофессионального коллектива позволяет существенно снизить риск агрессивных оперативных вмешательств и расширить возможности эффективного лечения в онкологии.

Доклад: А. 77. Плесков, Е. Г. Громова, Г. Б. Нью-Тян-Де, 777. Р. Кашия, И. С. Стилиди.

Подготовка больных к торакоабдоминальным операциям в онкологии: взгляд анестезиолога-реаниматолога

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Подготовка больных к оперативным вмешательствам (прагматичный отбор пациентов, тщательная коррекция функциональных нарушений) способна существенно снизить частоту и тяжесть ранних послеоперационных осложнений. Несмотря на весомые свидетельства в пользу этого тезиса, хирурги нередко пренебрегают возможностью кардинально улучшить результаты собственного труда. Целенаправленная подготовка к травматичной операции (например, к резекции пищевода и/или желудка) предполагает следующие мероприятия:

1. Санация очагов патогенной и условно-патогенной микрофлоры, включая парентеральное назначение антибиотиков, селективную деконтаминацию кишечника, стимуляцию лейкопоэза.

2. Полноценное восполнение дефицита воды организма — действенная мера профилактики гиповолемии и залог стабильной центральной гемодинамики в периоперационном периоде.

3. Гипералиментация — метод лечебного питания, который признается одним из самых значимых достижений в хирургии последних лет. В своей практике мы используем специальные сбалансированные смеси для энтерального питания (Изокал, Нутривит).

4. Функция внешнего дыхания может быть улучшена за счет применения бронхолитиков и/или муколитиков, отказа от курения, кислородтерапии. Всем больным независимо от исходного функционального статуса настоятельно рекомендуется побуждающая спирометрия.

Доклад: И. В. Нехаев, С. 77. Свиридова, М. В. Киселевский, А. Р. Тугуз.

Иммунологический мониторинг и иммунотерапия госпитальной инфекции и органной недостаточности

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Госпитальная инфекция и органная недостаточность — ведущие проблемы интенсивной терапии: частота послеоперационных пневмоний достигает 40 %, сепсис — 10 %. Понимание патофизиологии системной воспалительной реакции (СВР), сепсиса и полиорганной недостаточности позволяет существенно изменить лечебную концепцию. Кроме рациональной антибактериальной терапии, лечение должно корректировать состояние иммунитета и показатели медиаторов СВР. Поэтому при высоком риске септических осложнений были применены 2 цитокина: гранулоцитарный колониестимулирующий фактор — препарат «Нейпоген» и интерлейкин-2 (ИЛ-2). Эффект этих препаратов объясняется тем, что Нейпоген® стимулирует лейкопоэз, а ИЛ-2 как стимулятор клеточного звена иммунитета повышает не только противoinфекционную, но и противоопухолевую активность. Результаты применения препаратов обсуждаются, однако даже предварительные итоги свидетельствуют об уменьшении частоты пневмоний в 2–3 раза, снижении летальности при сепсисе и полиорганной недостаточности в 2 раза.

Доклад: Ю. В. Буйденко, М. И. Давыдов, Б. Е. Полоцкий, И. С. Стилиди, В. П. Богатырев, Е. В. Огородникова, В. К. Соколова, Г. Н. Зубрилина, О. С. Костяк, Е. А. Николаева, В. Б. Матвеев.

Современные технологии коррекции кровопотери в онкохирургии

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Показания к хирургическому лечению онкологических больных значительно расширились, а достигнутые результаты существенно улучшились. Прогресс в хирургии, однако, связан с риском осложнений. Одним из них является массивная кровопотеря. Традиционное восполнение кровопотери донорской кровью сопряжено с угрозой переливания несовместимой крови, аллоиммунизацией, ятрогенной инфекцией и развитием микроэмболии с тяжелыми органными нарушениями типа легочного дистресс-синдрома, почечно-печеночной недостаточности и др. Риск осложнений можно снизить, используя либо предоперационную заготовку собственной крови больного, либо сбор и возврат теряемой крови после ее специальной обработки. Предоперационный забор крови (200–520 мл) с одновременной гемодилюцией проведен в группе из 26 больных в сравнении с группой из 19 больных, которым проводилась только гемодилюция. При небольшой кровопотере (не более 30 % ОЦК) показано отсутствие достоверного снижения концентрационных показателей крови на этапах забора и разведения, а также небольшое (на 7 %), но достоверное повышение уровня гемоглобина после возврата крови. Также отмечено благоприятное влияние возврата собственной крови в конце операции на свертывающую систему крови пациента. Методика интраоперационного сбора и возврата теряемых эритроцитов за период 1995–1999 гг. использована у 128 больных. Данная методика, при которой больному возвращаются форменные элементы крови, прошедшие фильтрацию и промывание, позволяет сохранить свыше 40 % эритроцитов теряемой крови. В группе из 128 больных средняя кровопотеря составила 5900 мл, максимальная достигала 23 000 мл, минимальная — 1500 мл. Среднее количество собранной крови — 3600 мл. Безвозвратно потеряно пациентами 2400 мл крови. Средний объем возвращаемых эритроцитов составил 1600 мл. Преимущества метода очевидны, несмотря на его высокую стоимость.

Протокол заседания № 466, 30 марта 2000 г.

Заседание посвящено памяти проф. Ю. Я. Грицмана.

Тромбогеморрагические осложнения

Председатели: проф. А. М. Сдвижков, проф.

А. Н. Махсон.

Секретари: канд. мед. наук С. М. Волков, канд. мед. наук И. Н. Пустынский.

Доклад: А. Д. Макацария, А. М. Сдвижков.

Нарушения гомеостаза и тромбозы у больных злокачественными новообразованиями

Кафедра акушерства и гинекологии ММА им. И. М. Сеченова, Онкологический клинический диспансер № 1 Комитета здравоохранения г. Москвы

Современные исследования подтверждают высокий риск тромбозов, тромбоэмболии и тромбогеморрагических осложнений у всех онкологических больных. Необходимо отметить, что пациенты, страдающие опухолевыми процессами, могут иметь и другие факторы риска тромбозов — заболевания сердца, сахарный диабет, варикозную болезнь, тромбозы в анамнезе, предшествующий прием гормональных препаратов и пр. Ключом к пониманию и прогнозу возникновения тромбогеморрагических осложнений является оценка системы гомеостаза с определением маркеров тромбофилии, различных форм ДВС-синдрома, выявлением иммунных форм тромбофилии, оценкой ятрогенных эффектов химиотерапии. Оценка системы гомеостаза необходима и для целенаправленного применения противотромботических препаратов и общей характеристики тяжести заболевания и реабилитации пациентов.

Доклад: А. М. Сдвижков, А. Д. Макацария, В. Д. Чхиквадзе, Ю. Ю. Табакман, А. М. Чабров, Е. В. Лугинина, А. Г. Солопова, И. Т. Опарихина, А. Л. Мищенко, А. А. Савченко.

Современные возможности выявления тромбофилических состояний у онкологических больных

Онкологический клинический диспансер Комитета здравоохранения г. Москвы. Кафедра акушерства и гинекологии ММА им. И. М. Сеченова

Проведена оценка параметров тромбофилии у 250 онкологических больных. Во всех случаях выявлена циркуляция комплексов тромбин—антитромбин, в 70 % — F 1+2 протромбина, D-димера, что указывает на внутрисосудистое свертывание крови и высокий риск тромботических осложнений. Вместе с тем у ряда больных в процессе динамического обследования обнаружено волнообразное течение ДВС-синдрома с переходом его хронической формы в подострую, что позволяет с высокой степенью точности прогнозировать возникновение как геморрагических, так и тромботических осложнений.

Демонстрация: А. М. Сдвижков, В. Д. Чхиквадзе, В. О. Бицадзе, К. В. Старченко, Ю. П. Антипов.

Значение предоперационного обследования системы гемостаза у больной раком желудка с тромбоэмболией легочной артерии в анамнезе

Онкологический клинический диспансер Комитета здравоохранения г. Москвы. Кафедра акушерства и гинекологии ММА им. И. М. Сеченова

Больная, 66 лет, поступила в ОКД 04.10.1999 г. с жалобами на тяжесть и боль в эпигастрии в течение 2,5 мес. Установлен диагноз: рак нижней трети желудка T²N^XM⁰. Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь II ст., НК II ст., дисциркуляторная энцефалопатия.

тия II ст. В анамнезе: тромбоэмболия легочной артерии (1994 г.), по поводу которой в нижнюю полую вену был установлен кава-фильтр. По данным гемостазиограммы диагностированы: ДВС-синдром, коагулопатия потребления, что предопределяло опасность кровотечения во время операции и тромботического осложнения в послеоперационном периоде. С целью профилактики тромбеморрагических осложнений проведена внутривенная инфузия свежезамороженной плазмы за 12 ч до, а также во время операции, в послеоперационном периоде был назначен гепарин. Оперирована 25.10.1999 г. в объеме субтотальной дистальной резекции желудка. Во время операции и в послеоперационном периоде осложнений не было. Через 5 дней больная переведена на антикоагулянты непрямого действия. Спустя 5 мес. после операции состояние удовлетворительное, без рецидива заболевания.

Протокол заседания № 467, 27 апреля 2000 г.

Хирургия рецидива рака желудка

Председатель: проф. А. И. Пирогов.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: А. А. Клименков, С. Н. Неред, А. Б. Итин, Г. И. Губина, А. А. Свиридов.

Хирургическое лечение рецидива рака желудка в пищеводно-кишечном анастомозе

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

По поводу внутриорганичного рецидива рака желудка после гастрэктомии оперировано 22 больных. Рецидив развился в срок менее 1 года в 7 случаях, от 1 до 3 лет — в 5, через 3 года — в 8. У 14 больных рецидив проявился дисфагией, у 6 — болью, у 2 — выявлен при контрольном эндоскопическом исследовании. Выполнено 16 экстирпаций пищеводно-кишечного анастомоза, 4 эксплоративных лапаротомии, 2 еюностомии. При позадибодочно анастомозированной с пищеводом петель тонкой кишки эксплоративные операции имели место чаще, чем при впередибодочном. Нерезектабельность в основном обуславливалась забрюшинными метастазами и прорастанием рецидивной опухоли в соседние органы. Экстирпация пищеводно-кишечного анастомоза во всех случаях выполнялись комбинированным абдоминалоторакальным доступом слева. Из 10 больных, наблюдаемых после экстирпации ПКА, более 5 лет прожили 2 человека, 4 года — 4, 3 года — 5,2 года — 6 пациентов. Неблагоприятными прогностическими факторами (на этапе гастрэктомии) являются метастазы в лимфатических узлах (средняя продолжительность жизни при метастазах — 25,2 мес, без метастазов — 56,7 мес), а также опухолевые клетки по линии резекции пищевода.

Демонстрация: А. А. Клименков, С. Н. Неред, А. Б. Итин, А. Г. Перевощиков, А. И. Карселадзе, А. А. Свиридов, О. Н. Ефимов, Н. Л. Мацнева.

Длительное выживание после экстирпации пищеводно-кишечного анастомоза (1991) по поводу рецидива рака желудка

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Больная, 62 лет, оперирована 22.07.1986 г. в ЦКБ МЗ РСФСР по поводу рака тела желудка III стадии в объеме чрезбрюшинной гастрэктомии, спленэктомии. Гистологическое заключение: аденокарцинома, прорастающая все слои стенки желудка, в лимфатических узлах — метастазы рака. В феврале 1991 г. был выявлен рецидив в области пищеводно-кишечного анастомоза. Опухоль при ЭГДС представлена

изъязвленным образованием с ригидными краями и бугристым дном. Она распространялась от пищеводно-кишечного анастомоза по анастомозированной кишечной петле на протяжении 7 см. Оперирована 9.04.1991 г., выполнена экстирпация пищеводно-кишечного анастомоза с резекцией тела и хвоста поджелудочной железы, левосторонним абдоминалоторакальным доступом. Макроскопически в области пищеводно-тонкокишечного анастомоза определялась опухоль диаметром 7 см с переходом на пищевод и поражением тела и хвоста поджелудочной железы. Непрерывность пищеварительной трубки восстановлена внутригрудным эзофагоеюноанастомозом по Бондарю. Приводящая кишка включена анастомозом по Ру. Послеоперационный период без осложнений. Гистология: низкодифференцированная аденокарцинома с прорастанием в прилежащую клетчатку и капсулу поджелудочной железы. Больная наблюдается без признаков рецидива опухоли, продолжает работать.

Цель демонстрации: показать возможность длительного излечения с помощью повторной операции при рецидиве рака желудка в пищеводно-кишечном анастомозе.

Доклад: А. И. Сахаров.

Хирургическое лечение рецидива рака желудка

ГВКГ им. Н. Н. Бурденко

За 15 лет в ГВКГ по поводу рецидивного рака желудка оперировано 56 больных. Из них 26 (46,4 %) радикально: 15 экстирпаций культи желудка, 7 повторных резекций, 4 экстирпации пищеводно-тонкокишечного анастомоза. Летальность составила 11,5 % (3). В остальных 30 случаях выполнены различные паллиативные и эксплоративные операции, в т. ч. формирование обходных анастомозов и кишечных стом. Результаты подтверждают возможность продления жизни (клинического излечения) после радикальных оперативных вмешательств при рецидиве рака желудка.

Доклад: М. И. Давыдов, И. С. Стилиди, А. К. Макишев, А. Т. Лагошный, М. Д. Тер-Ованесов, В. А. Марчук.

Хирургическое лечение рецидива кардиоэзофагального рака

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, отделение торакоабдоминальной онкологии

В торакоабдоминальном отделении РОНЦ за 1981—1995 гг по поводу рецидива кардиоэзофагального рака наблюдалось 144 больных. Повторные операции выполнены 102 больным: 65 радикальных операций, 15 паллиативных и 22 эксплоративные. Применение абдоминалоторакального доступа с обязательной резекцией не менее 5–6 см непораженного пищевода от проксимальной границы опухоли и выполнение лимфодиссекции в объеме D³ уменьшает число местных рецидивов в 4 раза. Объем и характер повторных вмешательств определялся, главным образом, вариантом 1-й операции, а также степенью распространенности рецидивной опухоли. 50 больным выполнена экстирпация оставшейся части желудка с резекцией пищевода, 15 — экстирпация пищеводно-кишечного анастомоза. Распространение опухолевой инфильтрации на прилежащие структуры не являлось сдерживающим фактором: комбинированные резекции выполнены 59 (90,7 %) из 65 больных, причем у 51 (86,4 %) пациента удаляли два и более органов. Осложнения возникли у 30 (29,4 %) больных, из них умерло 10 (9,5 %) человек. Осложнения возникали чаще после экстирпации анастомозов: пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного — 33,8 %. После паллиативных вмешательств частота осложнений составила 26,6 %. Внедрение усо-

вершенствованных погружных антирефлюксных пищеводных анастомозов, а также успехи анестезиологии и реаниматологии значительно уменьшили частоту послеоперационных осложнений и летальность. Так, частота несостоятельности швов пищеводных соустьев за 1980—1990-е годы снизилась с 14,3 до 2,5 %. Из 65 радикально оперированных от осложнений умерло 7 больных, от прогрессирования основного заболевания или от других соматических заболеваний — 31 человек. 5 пациентов пережили 5-летний срок наблюдения, судьба 22 больных неизвестна. Средняя продолжительность жизни среди умерших составила 32,8 мес. Самый длительный срок наблюдения — 10 лет. 5-летняя актуаральная выживаемость среди 65 оперированных больных составила 24,6 %.

Протокол заседания № 468—469, 11 мая 2000 г.

Онкология в Вооруженных Силах

Председатель: проф. А. И. Пирогов.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: Н. А. Ефименко, В. А. Гуляев, В. М. Ключев, В. Н. Ардашев, И. И. Ушаков.

Состояние и перспективы онкологической помощи в Вооруженных Силах

ГВКГ им. Н. Н. Бурденко

В Вооруженных Силах Российской Федерации вопросы онкологии длительное время рассматривались лишь в диагностическом аспекте, поскольку после выявления злокачественной опухоли военнослужащие признавались негодными к военной службе и переводились в лечебные учреждения Министерства здравоохранения. По мере совершенствования онкологической помощи были пересмотрены основные положения военно-врачебной экспертизы, в ГВКГ им. Н. Н. Бурденко построен радиологический центр (1965), организованы (1994) онкологические и гематологические отделения в окружных и некоторых центральных госпиталях. К 2000 г. в госпиталях Министерства обороны развернуто 8 онкологических отделений на 100 коек, 7 гематологических отделений на 100 коек, радиологический центр на 130 коек и гематологический центр на 60 коек. Подготовка специалистов осуществляется на кафедре гематологии и клинической иммунологии Военно-медицинской академии, а также на кафедре онкологии ГИУВ МО РФ.

В лечебных учреждениях Министерства обороны в 1999 г. находилось 14 385 онкологических больных, из них 5044 (35,1 %) военнослужащих. Из этого числа 7910 (в т. ч. 1644 (20,8 %) военнослужащих) пациентов лечились по поводу злокачественных новообразований. Структура онкологической заболеваемости личного состава МО РФ имеет особенности, обусловленные характером и возрастом войскового контингента. На 1-м месте — опухоли органов пищеварения (32,0 %), на 2-м — опухоли мочеполовых органов, прежде всего рак предстательной железы (27,2 %), на 3-м — опухоли лимфоидной и кроветворной тканей (17,5 %). Опухоли легких встречались в 7,1 % случаев.

Всеармейским центром оказания специализированной помощи онкологическим больным является Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко. В 1999 г. здесь лечилось 4674 онкологических больных. В госпитале осуществляется лечение новообразований практически всех локализаций, у всех категорий граждан (кроме детей). Перспективы военной медицины, включая и совершенствование онкологической службы, связаны с повышением уровня ранней диагностики новообразований, организацией динамического наблюдения за военнослужащими после прове-

денного лечения, материально-техническим переоснащением онкологических отделений.

Доклад: И. В. Селюжицкий.

Ошибки диагностики и лечения злокачественных опухолей

Кафедра онкологии ГИУВ МО РФ

В 1990 г. отмечена тенденция к ухудшению ранней диагностики из-за разрушения системы диспансеризации, а также снижение показателей оказания специальной медицинской помощи из-за неудовлетворительного обеспечения онкологических стационаров. Основным методом выявления злокачественных опухолей остается самообращаемость больных (93 %). По нашим данным, на ранних (I—II) стадиях злокачественные новообразования диагностируются лишь в 40 % случаев, а в поздних (III—IV) — в 60 %. Причинами поздней диагностики опухолей являются бессимптомность течения заболевания (55 %), позднее обращение (35 %), ошибки и трудности диагностики (10 %). В призывных медицинских комиссиях при первичном освидетельствовании призывников онкологические заболевания не выявляются. Ошибки диагностики опухолей не только висцеральных, но и визуальных локализаций допускаются и на госпитальном этапе. Не всегда выполняются пункционные биопсии опухолей костей и мягких тканей. При раке щитовидной железы в 67,4 % случаев ошибочно выполнялись неадекватные операции: энуклеация опухоли, резекция пораженной доли, струмэктомия по Николаеву и др., что впоследствии требовало повторных, более сложных вмешательств. Много ошибок допускается при лечении больных меланомой, прежде всего из-за незнания клинических проявлений этого заболевания. Как известно, онкологический больной обращается в первую очередь к врачам общих специальностей: к хирургу, терапевту, гинекологу, дерматологу и др. Дальнейшая судьба пациента складывается в зависимости от уровня онкологической подготовки конкретного специалиста. В этой связи очевидна необходимость совершенствования знаний по онкологии врачами всех специальностей, в т. ч. в Вооруженных Силах.

Доклад: А. И. Заикин, И. И. Ушаков, С. И. Чиж.

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных первичным раком печени

ГВКГ им. Н. Н. Бурденко

Первичные злокачественные опухоли печени составляют 1 % всех злокачественных новообразований в странах Европы и около 1,8 % в России. За 1988—1998 гг. в ГВКГ наблюдалось 63 больных первичным раком печени. Из них у 47 диагностирован гепатоцеллюлярный и у 16 холангиоцеллюлярный рак. Возраст больных 20—72 лет, в среднем 52,4±1,6 года. Для диагностики применялись компьютерная томография, селективная ангиография, исследование уровня альфа-фетопротейна. Практически во всех случаях выполнялась пункционная биопсия под контролем УЗИ или КТ, при этом частота ложноотрицательных результатов составила 14,2 % (9 больных). I стадия диагностирована у 17 оперированных, II — у 29; III стадия — у 14 и IV — у 3. Из 46 больных I—II стадии 18 сделаны атипичные радикальные резекции печени (радикальность контролировалась выполнением интраоперационной биопсии со срочным гистологическим исследованием краев резекции). Анатомическая резекция печени проведена 19 больным, бисегментэктомия — 12, резекция 3 сегментов — 7. Гемигепатэктомия выполнена 9 больным первичным раком печени, при этом правосторонняя гемигепатэктомия — 3

больным, левосторонняя — 6. После резекции печени у 2 больных развились абсцессы в зоне резекции (дренированы под контролем УЗИ). Часто выявлялся правосторонний гидроторакс, был диагностирован также инфаркт миокарда (1), ставший причиной летального исхода.

В группе из 17 больных с III и IVa стадиями заболевания выполнялась только анатомическая резекция. Резекция 2—3 сегментов при T³N⁰_1M⁰ проведена у 3 пациентов, гемигепатэктомии (T²_3N¹M⁰) — 5 (3 — слева, 2 — справа), расширенные гемигепатэктомии (T⁴N⁰⁻¹M⁰) — 9 (5 — правосторонние, 4 — левосторонние). В послеоперационном периоде наиболее серьезным осложнением была печеночная недостаточность (гипербилирубинемия > 6 мг%, энцефалопатия при наличии или отсутствии коагулопатий), возникшая у 4 больных, причем 2 из них умерло в течение 1-го месяца после операции. Другими, менее опасными, осложнениями были подтекание желчи, формирование абсцесса, раневая инфекция, плевральный выпот. В 1 случае развился сепсис, ставший причиной летального исхода. При I стадии процесса системная полихимиотерапия не проводилась. При II стадии назначалась адъювантная химиотерапия (до 4 курсов 5-фторурацила с антрациклинами). При III—IVa стадии проводилась аналогичная полихимиотерапия (4—6 курсов), в т. ч. с внутривенным селективным введением препаратов в общую печеночную артерию.

Годичная выживаемость при I, II, III стадиях составила соответственно 83, 79 и 68 %, безрецидивная продолжительность жизни — 78, 70 и 46 %. Различия между показателями для I—II и III стадии оказались недостоверными. 5-летняя выживаемость в группе из 45 больных составила при I—II стадии 55 %, при III стадии — 30 %. Продолжительность жизни при IVa стадии не превышала года.

Таким образом, исследование подтверждает лучшие результаты хирургического лечения при I—II стадии первичного рака печени: в группе из 46 оперированных, несмотря на 9 осложнений и 1 летальный исход, достигнута 55% 5-летняя выживаемость. Расширение объема операции закономерно сопровождалось повышением частоты осложнений и летальности, однако показания к хирургическому лечению обосновываются практически 70% годичной выживаемостью при III—IVa стадии и 30% 5-летней выживаемостью при IIIa стадии.

Протокол заседания № 470, 10 октября 2000 г.

Проблемы онкоморфологии

Председатель: проф. А. И. Пирогов.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Демонстрация: А. П. Махсон, М. С. Попов, И. В. Кузьмин, К. К. Пугачев.

Метастазирование в опухоль: необычная диагностическая проблема

Московская онкологическая клиническая больница № 62

Считается, что метастазирование в опухоль (tumor-to-tumor metastasis) встречается редко. Этот феномен впервые описал W. Bernet в 1902 г., а обсуждается преимущественно в зарубежной литературе. Описано всего 120 наблюдений, причем в 50 % случаев метастазы найдены в доброкачественных новообразованиях.

Больной, 65 лет, поступил в Московскую онкологическую клиническую больницу № 62 с диагнозом: рак левой почки с метастазами в кости. При УЗИ и КТ подтверждена опухоль левой почки округлой формы с четкими контурами 6x4x4см; на рентгенограммах выявлялась деструкция тела I поясничного позвонка и головки левой бедренной кости. Кроме того,

в области I—II сегмента левого легкого обнаружено округлое новообразование с нечеткими лучистыми контурами диаметром до 4,5 см с полостью распада. Оперирован 22.01.2000 г. в объеме верхней лобэктомии слева; В удаленном препарате обнаружен плоскоклеточный рак легкого. Затем (1.02.2000 г.) выполнена нефрэктомия слева. В почке определялась округлая опухоль 6,0 см в диаметре, в капсуле, коричневого цвета. В центре опухоли было видно образование 1,5 см в диаметре, с ровными контурами, белого цвета, четко отграниченное от окружающей ее коричневой опухолевой ткани.

Микроскопически опухоль почки имела строение аденомы, состояла из гнезд онкоцитоподобных клеток с эозинофильной зернистой цитоплазмой в отечной малоклеточной строме, а очаг в центре этой опухоли имел строение плоскоклеточного рака с маловыраженными признаками ороговения. Капсула вокруг очага отсутствовала, раковые плоскоклеточные комплексы прилегли к эпителиальным клеточным комплексам почечной аденомы. Иммуногистохимическое исследование подтвердило метастаз рака легкого в адену почку. Оно позволило также установить, во-первых, иммунофенотипические различия между тканью почечной аденомы и очагом рака легкого в ней и, во-вторых, изучить особенности иммунного фенотипа первичного рака легкого и его метастаза в аденоме почки. Послеоперационный период без осложнений. В связи с усилением боли в костях проведена паллиативная лучевая терапия на очаги метастазирования в скелете с хорошим обезболивающим эффектом. Вопросы дифференциальной диагностики малоизвестного феномена метастазирования заслуживают более пристального внимания.

Доклад: Л. А. Махонова, А. В. Киселев, А. И. Слугин, К. Н. Тупицын, И. И. Матвеева, А. И. Павловская.

Морфоиммунологическая диагностика и клинические особенности крупноклеточных неходжкинских лимфом у детей

НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

В НИИ ДООиГ наблюдалось 38 детей с крупноклеточными лимфомами. У 26 из них диагноз был установлен на основании комплексного морфологического исследования с применением иммунологического исследования опухолевой ткани. При этом у 12 больных обнаружен CD30-антиген, у 9 — В-клеточные маркеры (CD 19, CD20), у 2 кроме CD30-антигена наличие и В-клеточных маркеров, у 3 — Т-клеточное происхождение лимфомы (CD7, CD5, CD4). Морфологически с помощью цитологического исследования выявлены крупные клетки с признаками атипии и явлениями полиморфизма: базофилией цитоплазмы, наличием крупных нуклеол. При гистологическом исследовании разрастание крупных опухолевых клеток наблюдалось преимущественно в синусах и вокруг фолликулов со стиранием рисунка лимфатического узла.

Клинически отмечалась лихорадка неправильного типа с подъемами температуры тела до 38—39 °С. Часто выявлялось поражение лимфатических узлов различных локализаций: шейно-надключичных, подмышечных, пахово-подвздошных, бедренных, а также средостенных и забрюшинных. Отличительной особенностью опухолевого роста являлась высокая частота поражения кожи и подкожной клетчатки. Чаше, чем при других вариантах неходжкинских лимфом, наблюдались поражение костей с их деструкцией, высокая частота экстранодальных поражений в легких, на плевре, в почках и печени. Поражение ЦНС и костного мозга встречалось крайне редко.

Больные поступали в отделение в основном с III—IV стадией опухолевого роста и имели 3-ю степень прогностического риска. Как особенности течения крупноклеточных лимфом отмечены быстрота метастазирования, частое поражение лимфатических узлов средостения, плевры, легких, других органов, частые рецидивы. Для лечения применяли короткие курсы повышенных доз метотрексата ($1-5 \text{ г/м}^2$), цитозара ($2-3 \text{ г/м}^2$), назначали также винкристин, адриамицин, вепезид, циклофосфан. Особенности течения заболевания и частые рецидивы обуславливают важность интенсивной химиотерапии с учетом варианта крупноклеточной лимфомы с длительной последующей поддерживающей химиотерапией, периодическими реиндуктивными курсами (метотрексат $0,5-1,0 \text{ г/м}^2$), вепезид, циклофосфан). Предметом дальнейших исследований должно стать длительное применение препаратов интерферона в комплексе с химиотерапией.

Доклад: А. И. Павловская, И. Н. Соколов, И. А. Букаева, А. В. Смирнов, Е. Н. Шолохова, С. С. Нечестнюк.

Гистиоцитарные саркомы. Принципы диагностики и морфологические проявления

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Офтальмологическая клиническая больница г. Москвы

Злокачественные гистиоцитарные опухоли — крайне редкая патология. В литературе сообщается в среднем о 7 случаях в год. Термин «гистиоцитарные саркомы» рекомендован Комитетом по изучению гистиоцитарной пролиферации ВОЗ и Рабочей группой гистиоцитарного общества (1997) на основе представления о гистиоцитах как о группе фенотипически и функционально разнообразных клеток. Термин «гистиоциты» объединяет две большие подгруппы клеток: макрофаги с ведущей антигенобрабатывающей функцией и дендритические клетки с антигенпредставляющей функцией.

К макрофагам относятся клетки разных органов и тканей, например: клетки Купфера печени, альвеолярные макрофаги легких, микроглия ЦНС и т. д. Семейство дендритических клеток включает клетки Лангерганса, недетерминированные клетки, периваскулярные дермальные дендриты, интердигитирующие клетки, фолликулярные дендритические клетки. Происхождение периваскулярных термальных дендритов и фолликулярных дендритических клеток остается спорным. Доминирует предположение о более чем одном источнике их развития: кроме мезенхимного не исключается их костномозговое происхождение. Современная классификация злокачественных гистиоцитарных опухолей учитывает возможность развития саркомы из гистиоцитарных клеток любого типа, выделяя локализованные и диссеминированные формы.

Представлено 7 случаев гистиоцитарных сарком из разных типов клеток: фолликулярных дендритических (4), а также интердигитирующих дендритических, клеток Лангерганса, макрофагов. В каждом из вариантов саркомы при некотором их формальном сходстве имелись характерная патогистологическая картина и уникальная ультраструктура. Для подтверждения диагноза применялся иммуногистохимический метод с использованием панели моноклональных антител.

Протокол заседания № 471, 26 октября 2000 г.

40 лет отечественной клинической химиотерапии злокачественных опухолей

Председатель: проф. Н. И. Переводчикова.
Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

На заседании были заслушаны выступления:

Проф. В. А. Горбуновой: «История отделения химиотерапии и его роль в развитии отечественной химиотерапии, разработке новых противоопухолевых препаратов».

Проф. М. Б. Бычкова: «Профессор В. И. Астрахан — первый руководитель отделения, создатель научного направления клинической химиотерапии».

Проф. Н. И. Переводчиковой: «Основные этапы становления противоопухолевой химиотерапии, место химиотерапии в современной онкологии».

Проф. А. М. Гарина: «Цели современной химиотерапии».

Протокол заседания № 472, 30 ноября 2000 г.

Головное направление клинической онкологии

Председатели: проф. А. И. Пачес, проф. В. В. Шенталь.
Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: А. И. Пачес.

История и современность отделения «Опухоли головы и шеи»

Отделение опухолей головы и шеи РОНЦ им. Н. Н. Блохина

Первое клиническое отделение «Опухоли головы и шеи» было организовано в 1965 г. в Институте экспериментальной и клинической онкологии (ныне — РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН). Инициаторами нового направления клинических исследований были академик Н. Н. Блохин и профессор Б. Е. Петерсон. В то время подобных отделений не существовало и лечение больных с опухолями, локализованными на голове и шее, проводилось общими хирургами, ЛОР-врачами, стоматологами (подобная практика сохраняется и сейчас за рубежом, за исключением, пожалуй, лишь нескольких стран). В 1960-х годах в Москву направлялось большое количество больных с опухолями головы и шеи (преимущественно, местнораспространенными) с обезображенными чертами лица, выраженными расстройствами зрения, дыхания, глотания. Нерешенная проблема оказания им специальной, специализированной помощи, что называется, «бросалась в глаза».

В новом отделении стали работать врачи различных специальностей: хирурги-онкологи, стоматологи, оториноларингологи, эндокринологи и многие другие. Проводилась систематизация и клинико-морфологическая классификация опухолей, разрабатывалась их диагностика, техника расширенно-комбинированных операций, методы комбинированного лечения. По мере накопления опыта стала оформляться и организационная структура нашего, не имевшего в то время аналогов в Евразии, беспрецедентного отделения. Результаты его работы нашли отражение в 16 монографиях и в более чем 500 публикациях. В отделении прошли подготовку свыше 400 специалистов. В Онкологическом центре создана научная и практическая школа, успешно решающая проблемы нашего клинического направления.

С 1980 г. в РОНЦ работают два отделения данного профиля: собственно «Отделение опухолей головы и шеи» (руководитель — проф. В. В. Шенталь) и «Отделение верхних дыхательно-пищеварительных путей» (руководитель — проф. Е. Г. Матякин). Основы организации клинических отделений, как и кабинеты поликлинического приема больных с опухолями головы и шеи, разработанные в нашем первом отделении, в последующем были утверждены Министерством здравоохранения СССР в качестве типовых структур для создаваемых по всей стране новых клинических подразделений. Только в России их насчитывается более 50. Подго-

товка и последующее повышение квалификации специалистов в стенах отделения — процесс постоянный. Ежегодно к нам поступают на учебу и завершают очередной этап профессионального совершенствования все новые коллеги.

Доклад: В. В. Шенталь.

**К 35-летию творческой деятельности отделения
«Опухоли головы и шеи»**

Отделение опухолей головы и шеи РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

В диагностике и лечении опухолей головы и шеи за 35 лет, прошедших со дня создания одноименного отделения, достигнуты несомненные успехи. Отмечая наш юбилей, следует отметить значительную роль первого руководителя отделения — проф. Александра Ильича Пачеса, а также вклад коллег иных специальностей, совместно работавших над нашими общими проблемами. Совершенствование морфологической диагностики новообразований головы и шеи неразрывно связано с исследованиями академика Н. А. Краевского. В протоколах современных морфологических подтверждений диагнозов мы часто встречаем ссылки на консультацию проф. Н. Н. Петровичева, подписи многих, хорошо знакомых нам специалистов. С удовлетворением цитирую недавний научный труд: «Совокупность исследований позволила повысить точность морфологической диагностики с 40 до 90 % (за 70—90-е годы)» (Т. Т. Кондратьева: Дис... д-ра мед. наук).

Несомненно значение рентгенологической диагностики опухолей верхней челюсти, орбиты, радиоизотопной диагностики опухолей щитовидной железы. В этой связи с благодарностью указываю фамилии Н. И. Рыбаковой, Р. И. Габунни (предполагая, конечно, и их сотрудников-соавторов). В комплекс диагностических исследований, разумеется, входят КТ, МРТ, УЗ-исследования, выполняемые в отделениях докторами мед. наук Б. И. Долгушиным и Г. Т. Синюковой. Современные эндоскопические процедуры проф. Б. К. Поддубного и его персонала зачастую становятся не только диагностическими, но и лечебными — лазерные деструкции и/или электрокоагуляции опухолей справедливо расцениваются как основные составляющие лечебного процесса. Операции по поводу рака щитовидной железы, при загрудинном распространении опухоли, выполняются в сотрудничестве с хирургами отделения торакальной онкологии чл.-корр. РАМН, проф. М. И. Давыдова (традиция, начатая еще при проф. А. И. Пирогове).

Хирургическая активность отделения, отраженная в соответствующих книгах и руководствах, а также удостоенная Государственной премии СССР (1985), не была бы столь эффективна без применения комбинированных методов лечения — 70 % выраженных регрессий опухолей полости рта. 57% 5-летняя выживаемость при T³—T⁴ распространенности рака этой локализации является свидетельством достигнутых успехов. В этой связи отмечу значительный вклад в разработку проблем комбинированного лечения профессоров А. М. Гарина, Г. В. Голдобенко, В. А. Горбуновой. Наша клиника также успешно внедряет метод фотодинамической терапии совместно с НИИ органических продуктов и красителей (директор — чл.-корр. РАН, проф. Г. Н. Ворожцов). Об успехах применения фотодинамической терапии «Вестник Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина РАМН» развернуто сообщал в апреле 1997 г. Разумеется, в коротком выступлении невозможно охватить все аспекты затронутых проблем и поименно указать всех на-

ших коллег и соавторов. Приглашаю всех причастных к нашей совместной работе специалистов на юбилейное обсуждение наших взаимоотношений и определение перспективных планов на будущее.

Доклад: Е. Г. Матякин, М. А. Кропотов, С. П. Федотенко, В. С. Алферов, И. С. Романов.

Сохранение и восстановление нижней челюсти при раке полости рта

Отделение опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

В РОНЦ за 1980—1999 гг. органосохраняющие или реконструктивные операции на нижней челюсти выполнены 110 больным по поводу злокачественных новообразований языка, дна полости рта, слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти: краевая резекция нижней челюсти различной протяженности с последующим пластическим закрытием дефекта мягких тканей и опиления нижней челюсти кожно-мышечным или кожно-жировым лоскутом (64), срединная мандибулотомия с последующим остеосинтезом (30), сегментарная резекция нижней челюсти с одномоментной реконструкцией (16). Краевые резекции челюсти выполнялись при распространении опухолевой инфильтрации на челюстно-язычную борозду или на слизистую оболочку альвеолярного отростка с минимальной кортикальной эрозией. При данной операции сохранялась непрерывность нижнечелюстной дуги, что не приводило к значительным функциональным и косметическим нарушениям. Осложнения отмечены у 32 (50 %) больных, включая остеомиелит нижней челюсти (у 9 больных после лучевой терапии). Выявлено 26 (41 %) рецидивов. Регионарные метастазы диагностированы в 6 (9,3 %) случаев. 5-летняя выживаемость составила 62,5 %.

Срединная мандибулотомия с последующим остеосинтезом (30) выполнялась преимущественно (93,3 %) при локализации опухоли в области языка. Ее распространенность соответствовала значению T³ у 15 больных и T⁴ у 9; у 6 имелись рецидивы после лучевого лечения. Непрерывность нижней челюсти у 20 больных восстановлена проволочными костными швами, у 9 (45 %) из них в последующем диагностирован остеомиелит челюсти, подвижность ее фрагментов, образование ложного сустава. У 10 больных фрагменты нижней челюсти фиксированы титановыми мини-пластинами. Осложнений не было. Рецидивы диагностированы у 6 (20 %) больных, 5-летняя выживаемость составила 66,6 %.

Сегментарная резекция челюсти различной протяженности с одномоментным замещением дефекта различными способами (16 случаев) выполнялась преимущественно при локализации опухоли в области альвеолярного отростка челюсти, из них в 5 случаях — по поводу остаточной опухоли после лучевой терапии. Реконструкция челюсти выполнялась титановой пластиной (10), костно-мышечным лоскутом на большой грудной мышце с включением V ребра или лоскутом на медиальной порции трапециевидной мышцы с включением ости лопатки (4), васкуляризированным костным трансплантатом с включением малоберцовой кости (2). Осложнения отмечены у 5 больных, рецидивы — у 4; 2 больных умерло, остальные наблюдаются без признаков рецидива. Таким образом, дифференцированный подход к выбору объема операции и вида пластики позволил улучшить функциональные и косметические результаты, добиться удовлетворительной продолжительности жизни: 5-летняя выживаемость составила 65,9 %.

Протокол заседания № 473, 21 декабря 2000 г.

Интервенционная радиология в онкологии

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: Б. И. Долгушин.

Интервенционная радиология — новое направление в онкологии

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Стремление рентгенологов расширить свои диагностические возможности до лечебных, а также желание хирургов достигнуть операционных результатов быстрее, менее травматично и не прибегая к наркозу привели к рождению интервенционной радиологии (ИР). Впервые этот термин ввел А. Margulis в 1967 г., когда произвел удаление камней из желчного дренажа под контролем рентгеноскопии. Пионерами ИР следует считать С. Dotter и М. Judkins, которые впервые в 1964 г. описали истинную интервенционную процедуру — расширение катетером стенозированной атеросклерозом артерии. Следует признать, что русский аналог термина ИР — «рентгенохирургия» — не полностью отвечает сегодняшним требованиям, поскольку для контроля ИР-процедур применяется и УЗИ, и МР. Из всех интервенционных радиологических процедур в онкологии наиболее часто выполняются: биопсия (аспирация, браш- и щипцовая), дренирование патологических и физиологических жидкостей (затеки, гематомы, абсцессы, кисты и др.), расширение просвета (дилатация стриктур пищеварительных путей), протезирование трубчатых структур (сосуды, желчные протоки), эмболизация или эмболотерапия (ишемические и химические воздействия на опухоль с целью ее разрушения), анастомозирование (магнитные и пункционные соустья для создания пассажа физиологических и патологических субстанций), извлечение инородных тел (оторвавшиеся катетеры, проводники), установки каво-фильтров для профилактики эмболии до и после обширных операций у тяжелых больных, гемостаз (транскатетерные эмболизации кровоточащих сосудов).

ИР-процедуры выполняются под флюороскопическим, ультразвуковым или РКТ-контролем либо в комбинации этих методов. Обычно выбирается та техника, которая лучше визуализирует патологический процесс и доступ к нему. В тех случаях, когда радиологические методы равноценны по информативности, то выбирается тот, который проще и дешевле, или тот, которым лучше владеет интервенционный радиолог. Наличие в клинике всех указанных видов лучевого контроля позволяет сочетать их в различных вариантах, что, с одной стороны увеличивает точность пункции, а с другой — дает возможность контролировать и управлять инструментальными манипуляциями внутри тела. На практике это выглядит так: пункция патологического очага, содержащего жидкость (абсцесс, киста, гематома и др.), осуществляется под контролем УЗИ или РКТ, а установка дренажа и укладка его рабочей части в полости — под контролем флюороскопии. На этом основании некоторые крупные производители диагностической аппаратуры уже начали выпускать аппараты, сочетающие различные виды визуализации (УЗИ и флюороскопия, РКТ и флюороскопия).

Доклад: С. О. Степанов, Г. А. Франк, А. В. Бутенко, З. Д. Гладунова.

Инвазивная сонография в диагностике и лечении опухолевой патологии

МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

Инвазивные лечебные и диагностические манипуляции под контролем сонографии выполняются для морфологической верификации опухолевой патологии и визуального контроля лечебных манипуляций.

Среди инвазивных сонографических методик наибольшее распространение в онкологической практике получили пункционно-аспирационные (тонкоигольные) биопсии (ПАБ). Данная методика в основном применяется для морфологической верификации (цитологическое исследование) при поверхностной локализации неопластической патологии. С экономической точки зрения ПАБ — недорогая процедура, т. к. не требует дополнительных материальных затрат, выполняется без использования пункционного адаптера обычными одноразовыми инъекционными шприцами. Тонкоигольную ПАБ применяют и для пункции новообразований органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства, при кистозном характере патологии, когда невозможно получение материала для гистологического исследования. За время применения данной методики в клинике института выполнено более 5000 тонкоигольных ПАБ узлов и очаговой патологии, локализованной в различных органах. Ретроспективный анализ материала показал повышение результативности цитологических исследований до 96 %. Особо важно то, что при этом не отмечено ни одного осложнения.

Пункционные биопсии под контролем сонографии (СоноПБ) выполняются для гистологического подтверждения диагноза. Они показаны главным образом при новообразованиях органов средостения, забрюшинного пространства, предстательной железы. Именно при этих локализациях данные гистологии определяют план и особенности специального лечения. Следует отметить, что успешная СоноПБ позволяет избежать таких небезопасных диагностических вмешательств, как диагностическая лапаро- или торакотомия. Для пункционной биопсии нами используются биопсийное устройство (так называемый пистолет) и специальные иглы. В МНИОИ выполнено более 1500 пункционных биопсий. Нам практически всегда удавалось получить материал, достаточный для полноценного гистологического исследования; единичные неудачи связывались с некробиозом в патологическом очаге. При пункциях не отмечено осложнений, требовавших устранения путем оперативного вмешательства. Следует отметить, что последующее (многолетнее) наблюдение не выявляло имплантационных метастазов в точках пункций.

Сонография стремится расширить свои границы от диагностики патологии до ее лечения. Благодаря сонографическому контролю стало возможным проведение таких малоинвазивных и функционально щадящих методов лечения, как лазерная деструкция узлов (доброкачественной) патологии щитовидной железы, фотодинамическая терапия метастатических очагов в печени (при солитарном или единичном ее поражении).

Кроме лечения опухолевой патологии, методика сонографического контроля неопределима в гнойной хирургии, например, для дренирования полостей абсцессов паренхиматозных органов, устранения других осложнений. Нами выполнено дренирование поддиафрагмальных абсцессов 42 больным, оперированным по поводу рака желудка в объеме гастрэктомии с расширенной лимфаденэктомией. (Абсцедирование, скорее всего, развивалось вследствие панкреонекроза.) Оригинальная методика обеспечила адекватное дренирование полости абсцесса во всех случаях. Инвазивные сонографические методики следует широко внедрять в онкологическую практику.

Доклад: Г. Т. Синюкова, В. Н. Шолохов, Д. Б. Бухаркина, А. И. Игнатова.

Интраоперационные методики ультразвуковой томографии в онкологии

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ) при подозрении на метастазы в печень для уточнения характера поражения и распространенности процесса выполнено 29 больным. В 25 случаях при ИОУЗИ были выявлены метастазы, из них в 24 диагноз был подтвержден морфологически. Кроме того, было выявлено 7 ранее не визуализированных метастазов.

Сочетанное использование ультразвуковой томографии и видеолaparоскопии проведено 94 больным для прицельной биопсии забрюшинных лимфатических узлов и морфологической верификации диагноза. Результаты предоперационных УЗИ сравнивались с интраоперационными, выполненными в условиях видеолaparоскопии.

Результаты ИОУЗИ в сравнении с традиционными методами диагностики свидетельствуют о следующих его преимуществах:

1. Возможность детального исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
2. Исключение влияния артефактов, возникающих при трансабдоминальном исследовании.
3. Выявление патологических образований, имеющих изоэхогенную структуру.
4. Коррекция объема оперативного вмешательства и, как следствие, снижение риска возникновения послеоперационных осложнений.

Полученные результаты позволяют рекомендовать ИОУЗИ, в т. ч. в сочетании с видеолaparоскопией, для уточняющей диагностики больным, которым планируется оперативное вмешательство в связи с метастатическим поражением печени, а также при подозрении на поражение органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Протокол заседания № 474, 25 января 2001 г.

Сигнальный («сторожевой») лимфатический узел рака молочной железы

Председатели: проф. А. И. Пачес, проф. В. П. Летагин. Секретари: канд. мед. наук С. М. Волков, канд. мед. наук И. Н. Пустынский.

Доклад: Л. З. Вельиер, З. Р. Габуня, Э. Н. Праздников, А. И. Лучшее, Г. А. Чочуа, Н. В. Гвахария, Ю. В. Прилепо.

Пути оптимизации объема лимфодиссекции при раке молочной железы

Московский государственный медико-стоматологический университет

ЦКБ им. Н. А. Семашко МПС РФ

Для определения целесообразности лимфодиссекции при раке молочной железы, особенно на ранних стадиях, проведена оценка «сторожевых» лимфатических узлов. «Сторожевым» назывался лимфатический узел, в который в первую очередь осуществлялся отток лимфы от опухоли; именно этот узел, следовательно, должен был оказаться пораженным опухолью. Пациенткам за сутки до операции по периметру опухоли вводился меченный ^{99m}Tc препарат коллоида $\text{Na}_2\text{P}_2\text{O}_7$ — ТСК-17. Во время операции поиск «сторожевых» лимфатических узлов осуществлялся с помощью специально разработанного ручного гамма-сканера. «Сторожевой» узел характеризовался повышенным накоплением радиофармпрепарата. Использовался также синий краситель, который вводили за 1,5 ч до операции также в 4 точках по периметру

опухоли. При этом «сторожевые» лимфатические узлы прокрашивались в синий цвет и становились видимыми во время операции.

Исследования проведены у 31 больной в возрасте 25—71 лет. Стадия $\text{T}^1\text{N}^0\text{M}^0$ установлена у 6 (19 %) больных, $\text{T}^2\text{N}^0\text{M}^0$ — у 10 (32 %), $\text{T}^3\text{N}^0\text{M}^0$ — у 15 (48 %). (Метастазы в лимфатических узлах не выявлялись по данным пальпации, УЗИ и маммографии. При T^2 — T^3 проводилась предоперационная химио- или лучевая терапия.) После предоперационной маркировки больные оперированы. Все удаленные лимфатические узлы исследованы гистологически. «Сторожевые» лимфатические узлы удалось обнаружить у 27 (87 %) из 31 пациенток. Всего выявлено 76 «сторожевых» лимфатических узлов, их среднее количество составило 2,5. В 13 (48 %) случаях в контрастированных лимфатических узлах обнаружены метастазы рака, из них в 6 случаях метастазы выявлены в дополнительно удаленной клетчатке. В 14 случаях метастазов в «сторожевых» лимфатических узлах не выявлено.

«Сторожевые» лимфатические узлы являются точным показателем наличия метастазов в регионарных лимфатических узлах. Дальнейшие исследования, возможно, позволят избежать расширенных операций и внедрить в клиническую практику технологию прицельной лимфаденэктомии при раке молочной железы, особенно на ранних стадиях заболевания.

Ответы на вопросы. Указанная методика применима только у больных ранним раком молочной железы. Отсутствие метастазов в «сторожевых» лимфатических узлах позволяет не выполнять лимфаденэктомию, в мире наблюдаются около 2,5 тыс. таких больных. Среднее число «сторожевых» лимфатических узлов 2,2—2,5.

Доклад: Е. В. Поддубская, С. В. Ширяев, Д. В. Комов, Г. А. Оджарова, А. С. Ожерельев, М. П. Баранова.

«Сторожевой» лимфатический узел: оптимизация лечебно-диагностической тактики при раке молочной железы

Отделение диагностики опухолей РОНЦ им. Ц. Н. Блохина РАМН

Мы изучили результаты использования методики обнаружения «сторожевого» лимфатического узла у 30 больных раком молочной железы $\text{T}^1_{-2}\text{N}^0_{-1}\text{M}^0$ стадиями с локализацией опухоли в наружных квадрантах молочных желез. В работе использовался коллоид, меченный ^{99m}Tc , который вводили перитуморально с 4 позиций в объеме 0,3 мл на каждую инъекцию, с общей активностью 1 мКи. Исследования проводили в среднем через 2,5 ч в режиме статической сцинтиграфии на гамма-камере ECON (Siemens). Набор импульсов составлял 2 млн на проекцию. «Сторожевой» лимфатический узел — лимфатический узел, накапливающий радиофармпрепарат первым на путях лимфооттока, маркировался на коже. Исследование проводилось накануне оперативного вмешательства. Непосредственно перед операцией перитуморально также в 4 точках вводили по 4 мл 1 % раствора метиленовой сини. Интраоперационно на основании маркировки локализации лимфатического узла по данным лимфосцинтиграфии, а также по прокрашиванию нам удалось обнаружить «сторожевой» лимфатический узел у 90 % обследованных больных. У 3 (10 %) больных локализация «сторожевого» лимфатического узла была нетипичной — интрамаммарно (2), а также (при локализации опухоли в верхненаружном квадранте) медиальнее опухоли на 6 см между большой грудной мышцей и грудной стенкой. При гистологическом исследовании материала у 15 % женщин были вы-

явлены метастазы в аксиллярных лимфатических узлах, среди них во всех случаях оказался пораженным и «сторожевой» лимфатический узел. Не было отмечено ни одного случая обнаружения метастазов в лимфатических узлах следующего порядка, если «сторожевой» лимфатический узел был не изменен.

По нашему мнению, методика биопсии «сторожевого» лимфатического узла является перспективной. Дальнейшие исследования в этой области могут привести к разработке объективных критериев, которые позволят выделить группы больных, подлежащих и не подлежащих подмышечной лимфодиссекции, что поможет уменьшить количество пациентов, страдающих различными функциональными нарушениями.

Доклад: Д. Д. Пак, А. В. Ермаков.

Клинико-биологическое обоснование экономных операций при раннем раке молочной железы

Отделение общей онкологии МНИОИ и.ч. П. А. Герцена МЗРФ

С увеличением размера опухоли возрастает вероятность метастазирования. Связь размера опухоли с ее биологическими свойствами подтверждается данными о частоте регионарных метастазов: при опухолях до 1 см она составляет 14,3 %, до 2 см — 23,7 %, до 3 см — 25,3 %, до 4 см — 46,7 %, более 4 см — 80 %. Гематогенное метастазирование при размере опухоли до 1 см отмечено в 2,3 % случаев, а при опухоли, превышающей 3 см, — в 17,4 %. Таким образом, по мере возрастания размера опухоли повышается ее способность к диссеминации.

Операцией выбора при «малом» раке молочной железы является органосохраняющее оперативное вмешательство:

— радикальная резекция — от туморэктомии до квадрантэктомии (отдаление разреза от предполагаемых краев опухолевого очага составляет 1,0–1,5 см). При этом выполняется радикальное оперативное вмешательство на регионарных лимфатических путях с удалением клетчатки и лимфатических узлов подмышечной, надключичной, похвостчатой областей;

— экономная резекция, в т. ч. и в комбинированном варианте (в объеме тумор-квадрантэктомии), но с селективным удалением лишь ближайшего к опухоли регионарного лимфатического барьера в подмышечной области, включая так называемый «сторожевой» лимфатический узел.

В МНИОИ среди больных ранним раком молочной железы, которым показаны органосохраняющие операции, по результатам обследования (уровню опухолевых маркеров, пролиферативной активности опухоли и другим показателям) определяются пациенты с благоприятными прогностическими факторами. Именно в такой группе больных обосновано выполнение экономных резекций с идентификацией и удалением (изолированной биопсией) «сторожевого» лимфатического узла — первого барьера на пути лимфооттока от опухоли. При отсутствии метастазов в этом сигнальном лимфатическом узле можно не выполнять подмышечную лимфаденэктомию, что позволит избежать длительной лимфорейи, улучшит качество жизни больного. По предварительным данным, 5-летняя выживаемость в группе из 100 больных раком молочной железы с ранними инвазивными и преинвазивными формами после экономных операций составляет более 96 %.

Ответы на вопросы. Рецидивы заболевания были выявлены у 5 из 100 оперированных больных. Лимфорейя длительно — до 1 мес. отмечена у 7 % больных, более 1 мес. — у 3 %.

Прения. Проф. А. М. Махсон отметил, что выполнение мастэктомии по Patey позволяет добиться удовлетворительных функциональных результатов и обеспечивает удовлетворительное качество жизни больных. Представляется, что риск операции без лимфаденэктомии высокий — у 5 % оперированных могут быть рецидивы. Больные должны быть информированы об особенностях предлагаемой им операции.

Выступавшими в прениях также была отмечена необходимость продолжения исследований, направленных на выявление сигнальных («сторожевых») лимфатических узлов при раке молочной железы, что позволит улучшить продолжительность и качество жизни оперированных больных.

Протокол заседания № 475, 22 февраля 2001 г.

(совместного с Комитетом по изучению опухолей головы и шеи)

Реабилитация больных раком гортани

Председатель — проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук Т. Д. Таболиновская.

Демонстрация (внеплановая) и видеофильм: М. И. Давыдов, Ф. И. Малинин, Б. Е. Полоцкий, В. А. Порханов, Е. С. Горобец, С. П. Свиридова, Ю. В. Буйденко, Б. К. Поддубный, Г. В. Унгеадзе, Е. Г. Громова, И. С. Стилиди, Л. В. Никулчев, К. К. Лактионов, Б. И. Долгушин, Е. А. Черемушкин, А. В. Васильев, С. С. Герасимов, А. Ю. Дыхно, Д. И. Юдин.

Два случая экстирпации трахеи с гомотрансплантацией

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Две женщины, 64 и 44 лет, поступили в РОНЦ в связи с жалобами на выраженную одышку. Длительность клинического течения заболевания составила 3 и 6 лет соответственно. В одном случае ранее проводились лучевая (СОД = 38 Гр) и химиотерапия (цисплатин, таксотер, карбоплатин), деструкция эндотрахеального компонента опухоли. По результатам обследования определялись опухоли протяженностью 4,5 и 8 см, прилежавшие к пищеводу и магистральным сосудам; выявлены увеличенные лимфатические узлы в средостении. Операции предложены по жизненным показаниям, в связи с нарастающим стенозом трахеи, угрозой асфиксии.

Больные оперированы 23 и 24 января 2001 г. Производилась стернотомия, выделение трахеи с сохранением возвратных нервов, медиастинальной лимфаденэктомией. Трахея пересекалась, отступя 2 см ниже перстневидного хряща и 1 см выше бифуркации трахеи. (На этом этапе проводилась ВЧ-ИВЛ.) Пластика трахеи выполнялась гомотрансплантатами из хрящей трахеи с предварительным моделированием их диаметра. Анастомозы между трансплантатом и фрагментами трахеи — верхним и нижним — выполнены, сопоставляя хрящевые участки узловыми швами, а мембранозную часть трахеи с хрящами трансплантата — непрерывным швом. Предварительно в просвет трансплантата вводился силиконовый стент для обеспечения каркаса трахеи. Линии швов анастомозов укрывались лоскутами перикарда, пластинами «тахокомб», обрабатывались клеем.

Гистологическое исследование удаленных опухолей в обоих случаях подтвердило ранее установленный диагноз аденокистозного рака (цилиндромы). Опухоли прорастали стенку трахеи, в одном случае — в прилежавшую клетчатку. Выявлен метастаз опухоли в один из лимфатических узлов средостения. Предполагается, что ткань трансплантата в течение ближайших 5–6 мес. будет эпителизироваться с замещением хрящей трансплантата соединительной тканью. (На 31.12.2001 г. больные продолжают наблюдаться в РОНЦ.)

Доклад: Е. Г. Матякин, Р. И. Азизян, С. О. Подвизников.
Современные подходы к лечению больных раком гортани

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

При распространенности опухоли T³N⁰M⁰ выполнено 105 резекций гортани — переднебоковые (56), надскладочные (26), субтотальные (23). Получены удовлетворительные результаты: голосовая функция восстановлена у 89 % больных, дыхательная — у 85 % и защитная — у 77 %. У 23 % пациентов после резекции гортани оставались трахеостомы. Сроки их реабилитации составили 2–8 мес, 5-летняя выживаемость соответствовала 78 %. В плане комплексного химиолучевого лечения наиболее эффективны препараты платины, 5-фторурацил, блеомицетин. 78 больным проводилась химиолучевая терапия, из них 15 — один курс химиотерапии и мультифракционное облучение. Безрецидивное течение заболевания отмечено у 11 (73,3 %) пациентов, 5-летняя выживаемость составила 76 %. Два курса химиотерапии и лучевая терапия проведены 38 больным. Без рецидива живы 86,8 % больных, 5-летняя выживаемость — 87 %. Среди вариантов комплексного лечения наиболее перспективно проведение двух циклов полихимиотерапии (с дополнительным назначением лейковорина) с последующим облучением в радикальных дозах. Однако у 62 % больных этой группы не достигнуто эффекта. У 25 % пациентов развился рецидив. В этих случаях выполнялась ларингэктомия. Нарушение голосовой функции и инвалидность требовали последующих реабилитационных мероприятий. Полученные результаты показывают, что при местнораспространенном раке гортани необходимо стремиться к выполнению органосохраняющих операций.

Демонстрация: А. В. Чижова, Т. С. Ханина, Т. Д. Таращев, В. Ф. Исаков, Т. С. Грушина, А. О. Войнарович, В. Н. Герасименко.

Восстановление звучной речи после операций по поводу рака гортани

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

После 237 ларингэктомий 51 % больных овладели звучной речью в полном объеме, 35 % — в объеме бытового общения. Остальные пациенты продолжают работу, не связанную с речевой нагрузкой, т. е. имеют невнятную речь. После 155 резекций гортани у 96 % больных получены удовлетворительные функциональные результаты.

Обучение новому голосообразованию после операции на гортани основывается на использовании выработанных в процессе жизни артикуляционных рефлексов речи взрослого человека. Логовосстановительная терапия начинается на 5–10-й день после удаления носопищеводного зонда и включает три этапа: 1) выполнение комплекса специальной дыхательной гимнастики для выработки нового типа дыхания; 2) формирование псевдоголосовой щели на уровне C_v—CVI путем специальных упражнений по разработанной схеме; 3) работу над надежностью фонации, совершенствованием звучания псевдоголоса.

Восстановление двигательной функции гортани требует времени, индивидуального подхода и зависит от объема операции, характера и динамичности неврологических процессов, личности больного и его соматического состояния. Эффективность обучения звучной речи находится в прямой зависимости от его раннего начала. Лучевая терапия не является препятствием для проведения курса логовосстановительной терапии.

Демонстрация: В. О. Ольшанский¹, В. В. Соколов¹, И. В. Решетов¹, Е. Н. Новожилова².

Восстановление голоса с помощью протезов

«Provox» и «Singer-blom»

¹ МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

² МКОБМ62

Логопедическая методика позволяет восстановить голос у 40–45 % больных, однако эта методика довольно сложна; во многих регионах отсутствуют логопеды. В МНИОИ в течение последних 6 лет изучается восстановление голоса с помощью протезов. Протезирование после ларингэктомий выполнено 32 больным: интраоперационно — у 14, отсрочено (с интервалом от 3 мес. до 2 лет) — у 18. Применявшиеся протезы позволяли направлять мощный поток воздуха из легких через трахеопищеводный шунт в пищевод и глотку. На границе этих органов поток воздуха вызывал колебания складок слизистой оболочки пищевода, которые имитировали голос. Роль протеза сводилась к тому, чтобы пропустить поток воздуха из трахеи в пищевод и препятствовать попаданию пищи в обратном направлении. Разборчивая, достаточно громкая речь с эмоциональным оттенком восстановлена у 90,6 % протезированных.

Доклад: В. В. Шенталь, В. П. Бойков, Т. А. Акетова.

Функционально-сохраняющие операции при раке гортани

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Функционально-сохраняющая хирургия рака гортани предполагает выполнение радикальной операции и сохранение функций гортани. Функциональная эффективность таких операций колеблется от 20 до 80 %. В РОНЦ анализированы результаты функционально-сохраняющих операций у 231 больного раком гортани. 3-летняя выживаемость составила при T¹N⁰M⁰ 92,4 %, при T²N⁰M⁰ - 90,7 %. при T³N⁰M⁰ - 80 %, частота рецидивов — 5,4–11 % в зависимости от распространенности поражения. Разработан ряд хирургических приемов при выполнении функционально-сохраняющих операций, которые позволили свести к минимуму рубцовую деформацию гортани, исключить ее временное протезирование, сохранять голос. Вернулись к прежней заботе 75 % пациентов. Разделительная функция гортани восстановилась во всех наблюдениях. Дыхательную функцию не удалось восстановить в 20 % случаев после гемиларингэктомии и субтотальной резекции гортани при распространенности поражения T³N⁰M⁰.

Доклад: Л. Г. Кожанов, А. М. Сдвижков.

Хирургические методы восстановления голоса после ларингэктомии

Онкологический клинический диспансер № 1 Комитета здравоохранения г. Москвы

Восстановление голоса является ведущим аспектом реабилитации больных, перенесших удаление гортани. Эта цель может быть достигнута обучением «пищеводному» голосу, использованием голосовых аппаратов, в результате реконструктивных операций. Хирургические методы основываются на принципе шунтирования, т. е. создания сообщения между трахеей и глоткой, трахеей и пищеводом.

Трахеопищеводное шунтирование получило развитие путем формирования трахеопищеводного шунта и защитного клапана за счет аутоканей, а также путем создания искусственного приспособления — протеза, который устанавливается в трахеопищеводный шунт.

Эти исследования были проведены в МНИОИ и продолжаются в ОКД.

Трахеопищеводное шунтирование (16 операций) позволило восстановить голосовую функцию у 82,4–86,2 % в зависимости от способа формирования защитного клапана. Выполнялось эндопротезирование. Применялись отечественные голосовые протезы. Голосовая функция восстановлена у 14 (87,5 %) человек. Таким образом, трахеопищеводное шунтирование с эндопротезированием позволяет стабильно восстановить голосовую функцию после ларингэктомии

Доклад и видеофильм: А. П. Вахманин, В. А. Горбунов, Т. И. Викторова.

Новый метод реконструктивной гемиларингэктомии
Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко

Срединный разрез кожи шеи в проекции угла щитовидного хряща с его продолжением в трапециевидные разрезы: вверху с основанием над подъязычной костью, а внизу — в яремной ямке. На стороне резекции выполнялся дополнительный разрез кожи (без пересечения платизмы) от основания трапециевидного разреза горизонтально до внутреннего края кивательной мышцы. После отсепаровки кожных лоскутов формировалась трахеостома. операция продолжалась под наркозом. Выполнялась резекция гортани при возможности с сохранением заднего края и наружной надхрящницы щитовидного хряща, наружной надхрящницы пластинки перстневидного хряща, с сохранением верхнегортанного сосудисто-нервного пучка.

Реконструкция начиналась с формирования задней стенки гортани, перемещая и фиксируя к краям раневого дефекта наружную надхрящницу удаленной пластинки щитовидного хряща вместе с грудино-щитовидной, щитоподъязычной мышцами. Область черпаловидного хряща и черпалонадгортанной складки замещалась верхним брюшком лопаточно-подъязычной мышцы и максимально прикрывалась мобилизованной слизистой гортаноглотки. Боковая стенка формировалась из мобилизованной и ротируемой в полость гортани грудино-подъязычной мышцы. Дополнительно боковая стенка укреплялась фрагментом аллогенного щитовидного хряща (консервированного в 0,2% растворе тимола либо лиофилизированного). Фрагмент хряща размещался в мышечном ложе. Затем внутренняя покровная пластинка выполнялась тканями нижней носовой раковины в ауто- или алловарнантах. Операция завершалась формированием ларинготрахеостомы и тампонадой полости гортани по Микуличу

С 1992 г. прооперировано 28 больных. У 22 (78,6%) пациентов удалось восстановить полость гортани, добиться полноценного глотания, адекватного дыхания, удовлетворительного голосообразования. У остальных 6 больных неполная реабилитация объясняется последствиями ранее проведенной лучевой терапией (СОД = 56 Гр).

В ответах на вопросы были освещены многочисленные технические подробности оперативных вмешательств на гортани.

В прениях выступавшие отмечали, что трансплантации трахеи у онкологических больных выполнены впервые в мире. Также был показан высокий технический уровень современных восстановительных операций на гортани. Показана безусловная важность представленных сообщений для практики здравоохранения.

Протокол заседания № 476, 29 марта 2001 г.

Психология онкологических больных

Председатель: проф. А. М. Сдвижков.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: Т. Ю. Марилова.

Психологические особенности онкологических больных, их значение для врачей онкологов

Отделение восстановительного лечения РОНЦ им.

Н. Н. Блохина РАМН

Одной из важных психологических характеристик онкологических больных является реакция личности на заболевание. Даже подозрение на наличие онкологического заболевания является для больного сильнейшей психической травмой. Психическое состояние, этим порожаемое, необходимо рассматривать как сверхсильный стресс. Нами с помощью ряда психологических методик (тест Лондонской больницы Миддлсекс — МНQ; тест Роршаха, Розенцвейга, Айзенка) было обследовано 60 больных раком молочной железы на различных этапах лечения. Возраст больных варьировал от 32 до 65 лет. Выявлено, что у больных нарастала психическая напряженность, угнетенность, гневливость, чувство отчаяния, безысходности, снижение социальных контактов. Исследование личности больных методами Роршаха и Розенцвейга выявило у них преобладание интрапунитивных (самообвиняющих) личностных реакций, наличие неотреагированных, подавленных эмоций, социальную изоляцию, низкую конформность, свидетельствующую о снижении общепринятых реакций на стрессовую ситуацию. Обследование тестом МНQ показало наличие у всех обследованных высокого уровня тревоги ($11,9 \pm 0,3$ усл. ед. при норме $3,7 \pm 0,4$; $p < 0,001$), а также депрессии ($10,1 \pm 1,2$ усл. ед. при норме $2,7 \pm 0,5$; $p < 0,001$). Статистически значимы также показатели фобий ($8,6 \pm 0,4$ усл. ед. при норме $4,6 \pm 0,6$; $p < 0,05$).

Высокий показатель фобий (навязчивых страхов) свидетельствует о выраженном невротическом состоянии больных. Показатель общей тревоги у обследованных в 3 раза превышал нормативные показатели. Учитывая то, что суицидальные мысли всегда обусловлены эмоциональным фоном (депрессия, тревога), усилия врачей в предоперационном периоде должны быть направлены и на купирование депрессивно-тревожных состояний (анксиолитики, антидепрессанты). Применение этих препаратов в адекватных дозах поможет снизить суицидальную готовность онкологических больных.

Доклад: А. М. Сдвижков, В. И. Борисов, Е. Г. Болдова.

Психосоматические эффекты и ситуация тревожного ожидания при онкологических заболеваниях
Онкологический клинический диспансер № 1 Комитета здравоохранения г. Москвы. Федеральный психондотринологический центр

Револьюционный переворот произвели в начале 1980-х годов исследования Греег, указывающие на закономерность между характером реакции на диагноз и прогнозом заболевания. Экспериментальные данные подтвердили существование эндокринных и иммунных механизмов, через которые эмоциональные факторы способны оказывать влияние на развитие опухоли. По этой причине рекомендуется сводить к минимуму физические и психические травмы у онкологических больных в процессе лечения и после него. Внутреннее напряжение, сопровождающее ситуацию тревожного ожидания, может легко приобрести гипертрофированный характер и вести к декомпенсации основных регулирующих систем ор-

ганизма, потере чувства реальности, срыву психической деятельности, развитию соматических заболеваний. Тревожное состояние может быть экспрессивно, когда сознание направлено вовне и экстравертируется. Оно может быть импрессивно, когда сознание направлено внутрь и инвертируется. Наконец, ожидание грядущей опасности может представлять психопатологический феномен от психогенного (невротического) до эндогенного (психотического) уровня.

Важной задачей психотерапевтической помощи в онкологии является психологическая подготовка пациента к возможным нарушениям функций удаленных анатомических структур (и последующих внешних изменений), а также к методам их замены. Это позволяет значительно снизить уровень тревоги. Возможность пациента самостоятельно прогнозировать, предвидеть варианты развивающихся событий (например, типичные осложнения химиотерапии) и возможность активно, целенаправленно к ним подготовиться способствует длительному сохранению профессиональных навыков и здоровых семейных отношений.

Доклад: А. Н. Харьковский, О. И. Щербенко.

Диагностика и коррекция эмоционального состояния детей во время лучевой и химиотерапии

Российский научный центр рентгенорадиологии МЗ РФ

Эмоциональное состояние в ходе лечения и под действием болезни остается важной проблемой онкологии. Исследования показывают необходимость учета человеческого фактора для успеха лечения. В психологии детского возраста для коррекции психологического состояния обращают внимание на устранение фобических реакций детей, как явных, так и скрытых, проявляющих себя в негативных эмоциональных состояниях (например, потеря аппетита, отказ от пищи). В этих состояниях появляется эмоциональный ответ ребенка на непонятность, неподвластность болезни. Ребенок отчуждается от себя, от своего сознания проявления болезни, происходящие в его организме. Негативное состояние возможно устранить, если попытаться ознакомить ребенка с тем, что с ним происходит. Наиболее доступно это сделать в форме игры, с помощью метафоры. При этом ребенок становится активным участником процесса лечения. Это значительно снижает чувство страха по отношению к лечению и благотворно сказывается на его эмоциональном состоянии.

Прения. Отмечена важность психологических исследований в онкологической клинике. Психологическая помощь онкологическим больным может благотворно сказаться на проведении лечения, улучшить условия жизни пациентов.

Протокол заседания № 477, 26 апреля 2001 г.

Проблемы онкогинекологии

Председатель: проф. В. П. Козаченко.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: Б. О. Голокнов, К. П. Лактионов, В. Ф. Савинова, В. В. Баринев, К. И. Жордания, А. М. Гарин, М. А. Чекалова, Т. В. Лесакова, Е. Е. Махова.

Хориокарцинома матки: современная диагностика, лечение, прогноз

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Несмотря на достижения химиотерапии, 20–30 % больных хориокарциномой матки умирают от метастазов. Следует учесть, что от этой чрезвычайно злокачественной опухоли страдают преимущественно молодые женщины в период их наибольшей социальной активности. Очевидно, улучшение результатов лечения связывается с назначением современ-

ной химиотерапии, режимы которой определяются на основе новых диагностических тестов, факторов прогноза, данных мониторинга. Сохранение репродуктивной функции у сотен молодых пациенток, рождение ими здоровых детей являются бесспорными аргументами правильности избранного направления.

За 1975–1995 гг. наблюдали 442 больных хориокарциномой матки (средний возраст — 26,2 лет). Диагностика проводилась по клиническим проявлениям заболевания, показателям опухолевого маркера — субъединицы ХГ, по данным ультразвуковой томографии и др. Диагностическая ценность исследования ХГ в сыворотке крови значительно (до 98 %) возросла после освоения в лаборатории иммунологии РОНЦ современной методики определения этого серологического маркера, имеющего значительную прогностическую ценность. Высокая информативность УЗТ (чувствительность — 90,7 %, специфичность — 73,7 %, точность — 86,4 %) в сочетании с клиническими и лабораторными исследованиями способствовала назначению своевременного и адекватного лечения. Современный этап полихимиотерапии хориокарциномы матки связан с высокоэффективными противоопухолевыми препаратами — этопозид, цисплатин и др. Применение схемы ЦМДВ в качестве 1-й линии химиотерапии при III–IV стадии заболевания позволяло получить полный лечебный эффект у 81 % больных.

При этом предупреждалось возникновение лекарственной резистентности опухолей. Назначение в качестве 2-й линии химиотерапии (у больных с резистентной хориокарциномой матки I стадии) схемы ЦЭ позволило добиться 100% излечения. Терапия по схеме ЦМДВ у больных III–IV стадией с резистентной формой заболевания была успешной у 37,5 % больных. Сроки наблюдения составили не менее 3 лет. В группе из 16 больных с метастазами в мозг в 1 случае излечение достигнуто в результате химиотерапии, а в остальных проводилось облучение головного мозга в сочетании с комбинированной химиотерапией. Была установлена высокая эффективность лучевой терапии: излечено 12 (80 %) больных. При этом у 4 пациентов наблюдалась длительная ремиссия (излеченность), а у 8, несмотря на резорбцию интракраниальных метастазов, через полгода развились метастазы в легкие.

На основании тщательного клинического анализа наших наблюдений были выявлены и оценены 28 прогностических признаков, определены критерии излеченности, разработаны рекомендации по лечению, профилактической химиотерапии, мониторингу после излечения. (Оптимальной является гормональная контрацепция, сроки для наступления безопасной желанной беременности зависят от стадии заболевания.)

Доклад: Е. Г. Новикова, О. В. Чулкова, С. М. Пронин.

Особенности лечения молодых больных раком эндометрия

МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

За 1990-е годы заболеваемость раком эндометрия в возрастной группе до 29 лет увеличилась на 47 %. в группах от 40 до 49 лет — на 22 % и от 50 до 59 лет — на 28 %. С 1965 по 2000 г. в МНИОИ находилось на лечении 208 больных в возрасте до 40 лет. Из них 118 женщинам (1-я группа) проведено хирургическое, комбинированное и комплексное лечение, средний возраст составил 33 года, а 90 больных (2-я группа), лечились только гормонотерапией. Среди больных 1-й группы преобладали пациентки с Ia стадией заболевания. Результаты лечения оказались очень хорошие; рецидивы зафиксиро-

рованы не были. Наши наблюдения подтверждают данные о том, что в молодом возрасте опухоли чаще имеют высокую степень зрелости.

В настоящее время расширяются границы органосохраняющего и функционально-щадящего лечения больных с атипической гиперплазией эндометрия и ранним раком тела матки. В гинекологическую практику постепенно внедряется оперативная гистероскопия, а именно гистерорезектоскопическая абляция. У 27 больных показания к органосохраняющему лечению определялись неэффективностью проводимой гормонотерапии, тяжелыми соматическими заболеваниями, отказом от лапаротомии. Нами также выделена группа из 22 больных, которым выполнены оперативные вмешательства в необычном объеме — экстирпация матки без придатков. С одной стороны, из организма женщины удалался орган-мишень — измененный эндометрий, с другой — удавалось избежать посткастрационного синдрома, что существенно улучшало качество жизни. Вопрос, касающийся данных объемов лечения, а именно выполнения МГ I И|вмпин матки без придатков и абляции эндометрия, все ещё дискутируется и подлежит изучению. Открывшиеся перспективы гормонотерапии в сочетании с современными методами коррекции патологии репродуктивного гомеостаза позволяют ставить вопрос о возможности излечения начального **рака** эндометрия без удаления матки. Особую значимость консервативный лечебный подход имеет для женщин молодого возраста, у которых речь идет о сохранении репродуктивной и менструальной функций. За 1975-2000 гг. в МНИОИ гормонотерапия как самостоятельный метод лечения применялась у 90 больных атипической гиперплазией и начальным раком эндометрия (Ia стадия). Средний возраст составил 31,2 года. Схема лечения предусматривала два этапа. На первом достигалась цель излечения онкологического заболевания, на втором — коррекция нарушенного гормонального гомеостаза для восстановления нормального менструального цикла. В дальнейшем осуществлялась реабилитация яичниковой функции по индивидуальной программе. У ряда больных овуляторные менструальные циклы восстанавливались без медикаментозной терапии, другим требовалась индукция овуляции.

Полноценная гормональная реабилитация подтверждалась восстановлением фертильности. За время наблюдения у 19 женщин отмечено 28 беременностей: 13 из них закончились рождением здоровых детей. 9 — самопроизвольным выкидышем, 6 — искусственным абортom. 2 рецидива в этой группе были излечены повторной гормональной терапией. Анализ результатов показывает, что частота рецидивов в группе самостоятельной гормонотерапии составляют 15,5 %, но они возникают в отдаленные сроки (через 5 лет наблюдения) и не ухудшают выживаемость у молодых больных с начальными формами рака эндометрия. Таким образом, увеличение молодого контингента больных раком тела матки требует разработки органосохраняющих методов лечения, позволяющих сохранить менструальную и детородную функции, отказаться от послеоперационной лучевой терапии, изменить традиционное представление «маленький рак — большая операция» при этой локализации.

Поскольку рак эндометрия в молодом возрасте отличается благоприятным клиническим течением (расположение в пределах слизистой оболочки, большая частота высокодифференцированных опухолей), а лечение позволяет добиться высоких отдаленных результатов, необходимо внедрять органосохраняющие методы, способствующие улучшению качества жизни онкологических больных.

Доклад: К. И. Жордания, В. В. Баринov, Б. О. Толокнов, В. И. Пескова.

Состояние и перспективы проблемы рака яичников РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Особенности рака яичников определяются сложностью строения и сочетанием различных функций гонад, что обуславливает широкий спектр гистологических форм опухолей, выраженные различия в клиническом течении заболевания. Обращает на себя внимание трудность ранней диагностики ввиду скрытых проявлений и быстрого прогрессирования процесса. Формирование групп повышенного риска и планомерное наблюдение этих контингентов наиболее эффективны для улучшения диагностики и лечения. Подлежат наблюдению родственники заболевших — частота семейных форм рака яичников более чем в 6 раз превышает его популяционную частоту. Медико-генетическое консультирование позволяет выделить группу риска практически здоровых женщин, которые могут заболеть злокачественными опухолями Яичников с вероятностью от 35 до 50 %. Кроме того, на основе генетико-корреляционного анализа установлена взаимосвязь между раком яичников и другими опухолями органов половой системы женщин.

У каждой 5-й больной ранним раком яичника в дальнейшем диагностируется рецидив заболевания. Это свидетельствует о значительных трудностях при оценке распространенности процесса, в т. ч. по результатам морфологических исследований смывов из брюшной полости, биопсийных материалов. Учитывая такую высокую частоту прогрессирования обычно назначается послеоперационная химиотерапия препаратами платины. Консервативные операции допустимы лишь при настойчивом желании больной иметь детей и максимально возможной уверенности, что распространение процесса соответствует Ia стадии, отсутствуютотягощающие факторы, а строение опухоли муцинозного либо эндометриоидного типа. Оценивая хирургическую тактику при ранних стадиях, следует признать сложность достижения радикализма. В ряде случаев приходится идти навстречу пожеланиям молодых женщин, которые не соглашаются на необходимый объем вмешательства. В подобных случаях рекомендуется индивидуальный подход к определению лечебной тактики; а также длительный тщательный мониторинг.

Для улучшения диагностики перспективны исследования молекулярных онкогенпроизводных маркеров (HER-2/neu, h21), производных генов-супрессоров (h53, p16, pRB), генов лекарственной устойчивости (Pgp, LRP, MRP, GST, BAX). При этом продолжают исследования опухолевого маркера СА-125, повышенного у 90 % больных (местно)распространенным раком яичников, но при I—II стадии информативного лишь в 50 % наблюдений. Кроме того, этот маркер может быть повышен при некоторых неопухолевых заболеваниях, что снижает его диагностическую ценность. Перспективно использование данного маркера для мониторинга в период ремиссии. Повышение СА-125 даже до нормального показателя 35 ед./мл (что является дискриминационной концентрацией маркера — ДК) может стать доклиническим проявлением рецидива. Уровень СА-125 менее $1/2$ ДК и ежемесячный его прирост менее 20 % от предыдущего значения свидетельствуют об отсутствии рецидива. Если рост СА-125 не превышал 20 % в месяц, рецидив выявлялся через 4-6 мес. При СА-125 от 0,5 до 1,0 ДК (и выше), а также его росте свыше 20 % в месяц рецидив регистрировался в ближайшие 1-4 мес.

Открытие опухоль-ассоциированных антигенов, а вслед за ними моноклональных антител сделало возможным их изучение в онкологии. Радиофармпрепараты IMACIS 1 и IMACIS 2 были применены для диагностики и лечения рака яичников, показав достаточно высокую информативность разрабатываемой методики.

В прениях выступавшие говорили о жизненном пути Л. А. Новиковой, о ее выдающихся качествах врача и человека. Л. А. Новикова родилась 3 марта 1901 г. в семье врача Алексея Митрофановича Новикова, ставшего впоследствии профессором-гинекологом. После окончания медицинского факультета Московского университета Л. А. Новикова работала врачом акушером-гинекологом в практических и научных учреждениях, в 1936 г. перешла в Онкологический институт им. П. А. Герцена, где защитила кандидатскую диссертацию (1938), посвященную переливанию плацентарной крови, возглавила отделение гинекологии (1953), стала доктором наук («Комбинированное лечение рака шейки матки»; 1955), профессором (1955). В 1960 г. Л. А. Новикова назначена зав. отделением гинекологии в НИИ экспериментальной и клинической онкологии, где прошли последующие 17 лет ее плодотворной творческой деятельности, вплоть до кончины в 1977 г. Чл.-корр. АМН проф. Л. А. Новикова была ведущим онкогинекологом СССР. Она впервые провела химиотерапию у больных трофобластической опухолью, под ее руководством разрабатывались и совершенствовались комбинированные методы лечения, проводилась подготовка ординаторов, аспирантов.

По результатам исследований Л. А. Новиковой написана монография «Хорионэпителиома матки» (1968). Практическим итогом ее работ стали изменение лечебной тактики, сохранение благодаря химиотерапии репродуктивной функции у многих молодых женщин, страдавших в прошлом неизлечимой болезнью. За труды по этой проблеме Л. А. Новиковой была присуждена премия им. В. С. Груздева АМН СССР. Применение комбинированных методов лечения при раке яичников, тела и шейки матки, позволило значительно улучшить продолжительность и условия жизни больных. Под руководством Л. А. Новиковой защищены 4 докторские и 21 кандидатская диссертации, она много занималась со слушателями Института усовершенствования врачей, входила в авторский коллектив медицинских энциклопедий и клинических руководств по акушерству, гинекологии, онкологии. Разработки Л. А. Новиковой продолжают специалисты РОНЦ им. Н. Н. Блохина, МНИОИ им. П. А. Герцена, многих других онкологических учреждений.

Протокол заседания № 478, 31 мая 2001 г.

Хирургия опухолей легких

Председатели: проф. А. Х. Трахтенберг, проф. Б. Е. Полоцкий.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Демонстрация: В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг, К. И. Колбанов, Л. В. Телегина, В. А. Береснев.

Нижняя лобэктомия слева по поводу рака легкого через 10 лет после трансплантации сердца МНИОИ им. П. А. Герцена МЗРФ

По данным мировой литературы, после 3457 трансплантаций сердца (ТС) рак легкого диагностирован в 108 (3,1 %) случаях с интервалом в среднем 2,5 года (от 6 мес. до 18 лет). Часто рак легкого диагностируется через 6—12 мес. в III—IV стадии. Хирургическое лечение рака легкого после трансплантации сердца, к сожалению, крайне редко: в литературе

сообщается лишь о 4 наблюдениях, т. е. резектабельность составляет 3,7 %. Впервые в России нами оперирован больной по поводу рака легкого через 10 лет после ТС. Больному, 64 лет, по поводу ишемической болезни сердца, постинфарктного кардиосклероза, вторичной дилатации полости левого желудочка (ишемическая кардиомиопатия), НК III—IV NYHA, стенокардии IV NYHA выполнена (20.11.1990 г.) ортотопическая аллотрансплантация сердца. Оперировал В. И. Шумаков, в отделении коронарной хирургии и трансплантации сердца НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ. В сентябре 2000 г. при контрольной рентгенографии выявлена округлая тень 4,5 см в нижней доле левого легкого. 17.10.2000 г. выполнена (проф. А. Х. Трахтенберг) нижняя лобэктомия с удалением бронхоплевральных, корневых, бифуркационных, пара- и субортальных лимфатических узлов, а также фиброзно измененной клетчатки бифуркации трахеи. Особенности операции: выраженный фиброз клетчатки средостения после трансплантации сердца, что не позволило выполнить полноценную медиастинальную лимфаденэктомию. фиброзно измененные медиастинальная плевра и перикард, повышенная васкуляризация клетчатки корня легкого. Гистологически: малодифференцированный аденогенный рак солидного строения с высокой митотической активностью. Метастазы в лимфатических узлах. В рубцовой клетчатке без элементов опухоли. Проведена послеоперационная лучевая терапия по радикальной программе. Больной вернулся к привычному образу жизни. За время последующего наблюдения состояние больного оставалось удовлетворительным, без признаков рецидива и метастазов.

Доклад: М. И. Давыдов, С. М. Волков, Б. Е. Полоцкий, И. С. Стилиди, С. С. Герасимов, З. О. Мачаладзе, Ю. В. Буйденко, С. Г. Малаев, К. К. Лактионов, Б. Х. Бебезов

Логика прогресса в хирургии немелкоклеточного рака легкого

(по материалам статьи «Совершенствование хирургического лечения больных немелкоклеточным раком легкого» // Российский онкологический журнал. — 2001. — № 5)

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

В 1960-1999 гг. в РОНЦ выполнено более 3000 операций по поводу НМКРЛ. Из них отобрано 2950 наблюдений, в которых прослежено клиническое течение заболевания, в т. ч. 2523 (85,5 %) радикальных и 186 (6,3 %) паллиативных лоб- и пневмонэктомий, 241 (8,2 %) эксплоративная торакотомия. Анализированы 1262 радикальные операции из которых 916 выполнены в 1960-1970-х годах. 942 — в 1980-х и 665 — в 1990-х. Ранее выполнялись преимущественно стандартные, ныне — расширенные на путях лимфооттока вмешательства (с полной, систематической медиастинальной лимфодиссекцией), при меньших возможностях адаптации, большей распространенности опухолей. Комбинированное лечение проведено 7,0, 10,5 и 12,0 % больных соответственно. Показано снижение непосредственной (до 3 мес.) летальности (8,3, 5,2 и 4,8 %), повышение 1—3—5-летней актуаральной выживаемости: 73,7, 76,9, 79,1 %; 35,8, 46,5, 60,4 % и 26,8, 35,2, 53,3 % соответственно ($p < 0,001$; log-rank test). Прогресс достигнут благодаря большому радикализму операций, но не вследствие комбинированного лечения, а как результат внедрения лимфодиссекции в клиническую практику. Это подтверждается снижением частоты прогрессирования процесса (и его местных проявлений), существенным изменением результа-

тов операций при I (T¹_2N⁰M⁰) стадии НМК.РЛ: 5-летняя продолжительность жизни составила 31.6, 49.3 и 68.3 % соответственно (/КО,01; log-rank test). Без лимфодиссекции метастазы в средостении оставались нераспознанными, искажая стадийность. Удаление основных путей распространения опухоли вместе с потенциальными, в т. ч. клинически еще не определявшимися метастазами, приводило к уточнению стадии, снижению частоты прогрессирования

При обсуждении материалов отмечено, что наличие значительного количества непрослеженных пациентов может исказить статистику. Авторам доклада рекомендовано при возможности уточнить судьбу ряда больных после выписки. В дискуссии проф. Г. А. Франк, И. В. Кузьмин выразили сомнения в целесообразности медиастинальной лимфодиссекции при I стадии заболевания, высказав предположение, что при отсутствии метастазов в средостении лимфаденэктомия не улучшает выживаемость. Проф. Б. Е. Полоцкий отметил, что подтвердить отсутствие метастазов в средостении можно лишь после полного удаления клетчатки и лимфатических узлов средостения. Проф. А. Х. Трахтенберг: медиастинальная лимфаденэктомия должна применяться, но показания к ней должны быть уточнены по мере внедрения в клиническую практику. Выступавшие поддержали мнение о целесообразности проведения в будущем конференции по оценке значения лимфаденэктомии в хирургии рака легкого.

Доклад: А. Х. Трахтенберг, Г. А. Франк, В.В. Соколов, К. И. Колбанов, М. А. Стушков.

Первичные злокачественные неэпителиальные и карциноидные опухоли легких *МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ*

Изучен материал о больных первичными злокачественными неэпителиальными (144) и карциноидными (191) опухолями легких. Морфологически выделены: мягкотканые саркомы — миогенные (лейомиосаркомы — 32, рабдомиосаркомы — 5), ангиогенные (злокачественные гемангиоперицитомы — 21 и гемангиоэндотелиомы — 11), а также фиброзные гистицитомы (12), нейросаркомы (10), фибросаркомы (4), липосаркомы (3), злокачественные опухоли лимфоидной ткани (неходжкинские лимфомы — 15, болезнь Ходжкина, плазматцитомы — 5) карциносаркомы (15), хондросаркомы (3), злокачественные параганглиомы (2), бластомы (2), неклассифицируемые саркомы 5». Для определения распространенности опухолей считаем правомерным использование Международной классификации рака легкого по системе T N M.

Отличительными (от рака) особенностями являются более молодой возраст (в среднем — 43,5 лет), одинаковая частота развития у мужчин и женщин, преимущественно периферическая клиничко-анатомическая форма (81%) более длительный анамнез, преобладание гематогенного метастазирования над лимфогенным, а также меньшая частота морфологической верификации до начала лечения. Дифференциальная морфологическая диагностика светомикроскопическом уровне нередко затруднена, что обуславливает необходимость иммуногистохимических исследований, электронной микроскопии.

Оперировано 329 больных: 138 с неэпителиальными и 191 с карциноидными опухолями. Резектабельность составила 98 %. Преимущественно выполнялись органосохраняющие операции: лобэктомия, сегментэктомия, сублобарная резекция. Послеоперационная летальность — 3,0 % (за 1980—1998 гг. — 0,9 %). 5-летняя выживаемость составила

52 %. Факторами прогноза являются размер опухоли, состояние внутригрудных лимфатических узлов, гистологический тип и степень дифференцировки опухоли. При опухолях диаметром до 3 см 5-летняя выживаемость составила 89 %, при 4—6 см — 44 %, более 6 см — 30 %. При интактности внутригрудных лимфатических узлов 5-летняя выживаемость составляет 59 %, при их поражении — 14 %. Выживаемость выше при мягкотканых саркомах — 55,5—62,5 %; прогноз менее благоприятен при миогенных саркомах (35,2 %). Благоприятны отдаленные результаты при неходжкинской лимфоме (81,6 %). Консервативное лечение неэффективно.

Нами предложена систематизация карциноидных опухолей легких, отвечающая данным клинического течения заболевания и прогнозу после хирургического лечения: высокодифференцированные (типичные), умереннодифференцированные (атипичные) и низкодифференцированные (анаплазированные). Следует отметить, что при этих опухолях целесообразны органосохраняющие операции (лобэктомия с резекцией и пластикой бронхов, экономящая сублобарная резекция), частота таких вмешательств составила 82 %. Рациональность выделения указанных морфологических вариантов подтверждается характером регионарного метастазирования и показателями продолжительности жизни. Регионарные метастазы при типичном карциноиде обнаружены у 3 % больных, при атипичном — у 17,5 %, при анаплазированном — у 74 %. 5-летняя выживаемость при типичном и атипичном карциноиде достигает 90—100 %, при низкодифференцированных формах медиана выживаемости — 3 года. Более 5 лет живут 37,9 % больных.

Доклад: П. Г. Брюсов, В. Н. Булдин, А. Г. Васюкевич, В. А. Стариков, О. Р. Куйбида.

Комбинированные операции при раке легкого III стадии

Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко

Радикальные операции выполняются лишь у 10—20 % заболевших. Однако опыт ведущих специалистов позволяет обосновать расширение показаний к хирургическому лечению, прежде всего при раке легкого III стадии.

Оперировано 204 больных. Распространение роста опухоли на грудную стенку отмечено у 39 больных (в т. ч. у 4 — на купол плевральной полости и плечевое сплетение — Pancoast tumors), на диафрагму — у 17, перикард — у 60, легочную артерию — у 20, предсердие — у 8, верхнюю полую вену — у 19, аорту — у 19, пищевод — у 11, бифуркацию трахеи — у 21. Диагностированы плоскоклеточный рак (121), аденокарцинома (22), недифференцированные формы (61). У 73 % больных до операции были выявлены внутригрудные лимфогенные метастазы. Выполнены расширенные комбинированные пневмонэктомии (171), лоб- и билобэктомии (33). При этом резецировалась грудная стенка (с удалением 2—6 ребер), диафрагма, перикард, верхняя полая вена, аорта, легочная артерия (у отхождения от легочного ствола), предсердия, пищевод, трахея. Пределы резекции уточнялись срочными гистологическими исследованиями. Прорастание опухоли в прилежащие анатомические образования установлено у 88 больных, из них у 68 оно сочеталось с метастазами в средостении.

Послеоперационная летальность составила 11,6 %. После операции всегда назначались лучевая и химиотерапия. Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 105/204 (51,5 %) больных. 5-летний срок в этой группе пережили 23 (21,9 %) больных. Лучшие отдаленные результаты

отмечены после резекции трахеи, грудной стенки и диафрагмы, верхней полой вены. Таким образом, непосредственные и отдаленные результаты комбинированных операций при раке легкого III стадии обосновывают необходимость расширения показаний к хирургическому лечению.

В прениях докладчики ответили на многочисленные вопросы об особенностях и технике расширенно комбинированных операций при раке легкого. Так, резекция аорты выполнялась в условиях ее краевого отжатия. Предсердие резецировалось с применением сшивающих аппаратов УУС. 5-летняя выживаемость оперированных больных раком легкого IIIa стадии составила в наблюдениях авторов 24,2 %, а IIIb стадии - 12,2 %.

Протокол заседания № 479, 7 июня 2001 г.

Хирургия рака желудка

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: Л. А. Вашакмадзе, Т. Н. Алешикина, А. В. Чайка.

Хирургическое лечение и отдаленные результаты при рецидивах рака желудка

МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

Изучены результаты хирургического лечения 32 больных рецидивами рака желудка (РРЖ) за 1984—1997 гг. Первая операция (по поводу первичного рака желудка) была выполнена в объеме проксимальной субтотальной резекции желудка 13 (40,6 %) пациентам (группа А), дистальной субтотальной резекции — 10 (31,2 %) (группа В), гастрэктомии — 9 (28,1 %) (группа С). У 17 больных РРЖ было установлено локорегионарное распространение процесса и выполнено повторное радикальное оперативное вмешательство. Операбельность — 93,7 %, резектабельность — 56,7 %. После проксимальных резекций наиболее частой локализацией рецидива оказалась зона пищеводно-желудочного анастомоза (53,8 %), экзогастральные рецидивы составили 23,08 %, после дистальных резекций рецидивы выявлялись преимущественно в теле резецированного желудка (70 %), а также в зоне анастомоза (20 %). После гастрэктомии экзогастральные рецидивы составили 55 %, их частота в зоне пищеводно-кишечного анастомоза (ПКА) — 45 %.

Оперировано 30 больных, из них 17 выполнены радикальные операции, у остальных они ограничены симптоматическими вмешательствами (формированием стом) либо эксплоративными лапаротомиями. После проксимальных резекций радикальные операции выполнены 7 больным: 2 в объеме ре-резекции и 5 в объеме экстирпации оперированного желудка; после дистальных резекций — 8 больным (47 %) в объеме экстирпации оперированного желудка, при этом 2 комбинированные. После гастрэктомии только 2 (11,7 %) больным удалось выполнить радикальные расширенные и комбинированные вмешательства. Радикальность во всех случаях контролировалась срочным морфологическим исследованием. В структуре послеоперационных осложнений значимых отличий от данных литературы не отмечено.

5-летняя выживаемость после проксимальных резекций составила 66,7 %, дистальных — 50,0 % (причем 2 больных прожили более 10 лет); после гастрэктомии продолжительность жизни 1 больного составила 13 мес, другой прожил 6 мес. и продолжает наблюдаться без рецидива и метастазов. 1-летняя выживаемость после радикальных операций составила 75 %, 3-летняя — 56,25 %, 5-летняя — 50 %, 10-летняя — 12,5 %. После проксимальных резекций 1—3-летняя выживаемость — 83,3 %, 5-летняя — 66,7 %, 10-летняя — 33,3 %.

После гастрэктомии 1-летняя выживаемость — 75,0 %, 3—5-летняя — 50,0 %.

Проведенное исследование подтверждает обоснованность активной хирургической тактики при лечении больных рецидивами рака желудка.

Ответы на вопросы. Экзогастральные рецидивы выявлены в зоне удаленного желудка у 8 из 32 больных. Эффективность хирургического лечения в этой группе больных изучается. При выявлении элементов опухоли по линии резекции прогноз определяется преимущественно метастазированием. При выявлении опухоли по линии резекции пищевода повторная операция выполняется чаще, чем при выявлении опухоли по линии резекции двенадцатиперстной кишки. Выявление опухоли через 5 лет после удаления первичной опухоли желудка можно трактовать как рецидив заболевания, а также как проявление первичной множественности новообразований.

В прениях С. Н. Неред (РОНЦ) отметил, что в РОНЦ накоплен значительный опыт хирургии рецидивов рака желудка — около 200 операций (см. доклад на заседании общества № 435 от 27.02.1997 г.), при этом сообщения об операциях по поводу рецидивов рака желудка встречаются нечасто. Так, на конгрессе, посвященном вопросу рака желудка (New York, 2001), рецидивы рака желудка не нашли отражения ни в одной из 22 рассматриваемых тем. Положения доклада, основанные на опыте МНИОИ, соответствуют нашим подходам. Операции при рецидивах рака желудка оправданы по индивидуальным показаниям. 5-летняя выживаемость на протяжении 40 лет составляет 26 %, что аналогично результатам хирургии при первичном раке желудка.

Доклад: А. М. Сдвижков, В. Д. Чхиквадзе, А. Н. Лисицкий, Е. Э. Макарова, Б. А. Теплых.

Хирургическое лечение больных раком желудка в возрасте 70 лет и старше

Онкологический клинический диспансер № 1 Комитета здравоохранения г. Москвы

Рак желудка у 70-летних больных ежегодно выявляется в Москве примерно в 1500 случаях — у каждого 2-го пациента. Высокий риск тяжелых послеоперационных осложнений вынуждает большинство хирургов отказываться от выполнения операции у больных этой возрастной группы из-за сопутствующих заболеваний, значительно сниженных компенсаторных возможностей и функциональных резервов.

С 1991 по 2001 г. нами оперировано 220 больных в возрасте 70 лет и старше. За эти годы в ОКД проведено хирургическое лечение 1014 больных раком желудка. Пациенты в возрасте 70 лет и старше составили 21,7 %. При этом удельный вес гериатрических больных был ниже (17,6 %) среди мужчин, чем среди женщин (25,4 %). На протяжении указанного срока количество оперированных больных раком желудка в возрасте 70 лет и старше постоянно увеличивалось, доля этой возрастной группы возросла с 14,7 до 26,8 %. При отборе больных на лечение оценивались распространенность опухоли и общее состояние больного. Однако при лапаротомии выявлялась большая распространенность процесса, чем диагностированная по данным предоперационного обследования: III и IV стадии заболевания были установлены в 27,7 и 29,6 % случаев, I—II стадия — у 42,6 %. Сопутствующие заболевания имелись практически у всех больных.

Радикальные операции удалось выполнить 153 (69,6 %) больным. При этом у большей части пациентов объем резекции ограничивался дистальной субтотальной (93 пациента,

42,3 %) или проксимальной субтотальной (17 пациентов, 7,7 %) резекцией. Из-за местного распространения опухоли или локализации ее в средней трети желудка 38 (17,3 %) больным хирургическое лечение было проведено в объеме гастрэктомии; еще 5 были выполнены повторные операции — экстирпация культи желудка **DO** повозу рака его культи, рецидива опухоли или нерадикальности предшествующей операции.

Частота осложнений после радикальных операций составила 12,7 %, летальность — 5,8 %. Наиболее частыми и грозными являются осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, свертывающей системы крови. Гнойно-воспалительные осложнения наблюдались часто, но они реже приводили к летальному исходу. Предварительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных раком желудка в возрасте 70 лет и старше показал, что 5-летняя выживаемость всей группы радикально оперированных составляет $58,4 \pm 3,5$ %. При этом наиболее высокой ($69,0 \pm 5,4$ %) она была у пациентов с I—II стадией заболевания, когда выполнялись субтотальные резекции желудка.

В заключение следует подчеркнуть, что непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных раком желудка возрасте 70 лет и старше сравнимы и существенно не отличаются от аналогичных показателей в более молодом возрасте. Это позволяет утверждать, что проведение радикального лечения у гериатрических больных не только возможно и целесообразно, но и необходимо. При выборе метода лечения следует руководствоваться не паспортным возрастом, а распространенностью опухоли и объективным состоянием больного.

Ответы на вопросы. Недостаточность швов астомоза отмечена у 4 из 153 радикально оперированных.

Удаление клетчатки и забрюшинных лимфатических узлов у пожилых больных следует выполнять в объеме **D²**.

Операбельность пожилых (70 лет и старше) больных в 2 раза ниже, чем в молодом возрасте.

В заключение проф. А. И. Пачес подчеркнул актуальность и важность представленных сообщений, имеющих большое значение для клинической онкологии

Протокол заседания № 480, 27 сентября 2001 г.

Успехи онкоурологии

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретари: канд. мед. наук С. М. Волков, канд. мед. наук И. Н. Пустынский.

Доклад, видеofilm: М. И. Давыдов, В. Б. Матвеев, Б. П. Матвеев, К. М. Фигурин, С. П. Свиридова, Е. С. Горобец, Ю. В. Буйденко, Б. И. Долгушин, А. Б. Лукьянченко, В. Н. Шолохов, Г. Т. Синюкова, П. И. Лепэдату, И. Е. Карманов, П. И. Феоктистов.

Лечение больных раком почки при опухолевом тромбозе нижней полой вены

РОНЦим. Н. Н. Блохина РАМН

С 1971 по 2000 г. в РОНЦ лечилось 2505 больных раком почки. Сосудистая инвазия (стадии T^{3b-c}) отмечена у 227 (9 %) из них. Из этих 227 больных 82 расценены как неоперабельные, 47 больным выполнены паллиативные. 99 — (условно) радикальные операции в объеме удаления первичной опухоли и опухолевого тромба. Из 99 радикально оперированных, в соответствии с классификацией TNM (1992), 89 больных имели патологическую стадию pT^{3b}, 10 — T^{3c} состояние регионарных лимфатических узлов у 85 больных расценено как pN⁰, у 2 — pN¹ и у 12 — pN²: отдаленные мета-

стазы (M¹) определялись у 7 больных. Прорастание собственной капсулы почки с выходом опухоли в паранефральную клетчатку отмечено в 25 случаях. Степень дифференцировки опухоли расценена как G¹⁻² у 26 исследуемых, G³ — у 22 и не уточнена у 51 пациента. Опухолевый тромб располагался в почечных венах у 42 больных, в нижней полой — у 57.

Операции выполнялись у большинства больных из срединного лапаротомного доступа, дополнявшегося стернотомией у 3 больных с массивным внутрипредсердным опухолевым тромбом. (Эти 3 случая потребовали выполнения операции в условиях искусственного кровообращения.) Послеоперационные осложнения после тромбэктомии отмечены у 16 (16,3 %) из 99 анализируемых больных, у 5 (5,1 %) они оказались летальными.

От прогрессирования опухоли умерло 33 % больных в среднем через 36,5 (от 1 до 130) мес. после операции. Живы 37 больных при среднем сроке наблюдения 42,4 (от 3 до 178) мес, из них 28 без признаков заболевания и 9 с отдаленными метастазами. Выбыл (потерян из наблюдения) 21 больной в срок до 46 мес. (в среднем — 12 мес). Общая 5- и 10-летняя выживаемость составила 48,9 и 26 %, скорректированная — 55 и 39,6 % соответственно. При однофакторном анализе выживаемость достоверно коррелировала с протяженностью тромба, степенью дифференцировки опухоли (G), наличием метастазов в лимфатических узлах и полнотой удаления всей видимой опухоли ($p < 0,05$; log-rank test). При многофакторном регрессионном анализе по Cox единственным признаком, влияющим на выживаемость, оказалась радикальность выполненной операции, что говорит о высокой значимости влияния хирургического фактора на отдаленные результаты лечения.

Для удаления тромба при его распространении на правое предсердие применялся разработанный М. И. Давыдовым трансдиафрагмальный доступ к внутриперикардиальному сегменту НПВ. Преимущество заключается в меньшей травматичности и инвазивности по сравнению с торакотомией. Данная методика позволяет сравнительно безопасно выполнить тромбэктомию.

2 из 7 больных с отдаленными метастазами на момент нефрэктомии прожили более 5 лет (больная с солитарным метастазом в легкое и пациент, перенесший радикальное удаление солитарного метастаза в плечевую кость). Мы полагаем, что солитарные метастазы, особенно при возможности их удаления, не являются абсолютным противопоказанием к выполнению радикальной нефрэктомии с тромбэктомией.

Прения. Чл.-корр. РАМН, проф. М. И. Давыдов отметил, что сложность операции при выполнении тромбэктомии заключается в том, что тромб часто бывает фиксирован к устьям печеночных вен. Выполнение операции в условиях искусственного кровообращения требует соблюдения особой точности всех этапов; частым осложнением этих вмешательств является воздушная и опухолевая эмболия. Предложенная в докладе методика позволяет удалить тромб без использования АИК и добиться удовлетворительных результатов. Выступавшими в прениях было отмечено, что агрессивный хирургический подход к больным раком почки с опухолевым тромбозом нижней полой вены оправдан и является эффективным методом лечения, позволяющим как продлить жизнь, так и улучшить ее качество.

Доклад: В. А. Лошаков, В. Б. Матвеев, М. И. Волкова, Б. П. Матвеев, Б. И. Долгушин, А. Б. Лукьянченко, Э. Н. Шакирова.*

Результаты хирургического лечения больных раком почки с метастазами в головной мозг

Отделение хирургической онкоурологии РОНЦ им.

Н. Н. Блохина РАМН

* Отделение нейроонкологии НИИ нейрохирургии им.

Н. Н. Бурденко

Метастазы рака почки составляют 6–7 % среди всех случаев метастазов злокачественных опухолей в мозг. Без лечения средняя продолжительность жизни составляет 1 мес. после установления диагноза. Химио- и лучевая терапия малоэффективны, удаление солитарных метастазов может увеличить 5-летнюю выживаемость до 34 %.

С 1971 по 1999 г. в РОНЦ лечилось 2507 больных раком почки; у 92 из них были выявлены метастазы в головной мозг. Ретроспективный анализ медицинских данных проведен у 22 пациентов, которым было выполнено удаление солитарных церебральных метастазов в НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. Средний возраст составил 53 года (от 39 до 63 лет). Нефрэктомия выполнена 19 больным, из них у 5 — вторым этапом, после удаления церебральных метастазов. У 8 больных метастазы в головной мозг развились синхронно с первичной опухолью почки, у 14 — метакронно, проявлялись неврологической симптоматикой различной степени выраженности (головной болью, гемипарезами, нарушениями зрения).

Церебральные метастазы удалялись радикально, что подтверждалось результатами послеоперационной КТ. Повторное удаление метастазов выполнено 3 больным в связи с рецидивом с интервалом 10, 14 и 15 мес. после первой краниотомии. Гистологически подтверждено, что все удаленные из головного мозга опухолевые узлы были метастазами рака почки. 5 больным проведены курсы адьювантной лучевой терапии на область головного мозга в СОД 60 Гр.

Средний срок от нефрэктомии до выявления метастазов в мозг составил 37,1 мес. Средняя продолжительность жизни после удаления метастазов — 21,3 мес. (от 5 до 71), а после нефрэктомии и краниотомии — 28,1 мес. (от 5 до 71). Выживаемость после краниотомии, если нефрэктомия не выполнялась, соответствовала 14,5 мес. (от 8 до 21). Удаление метастазов сопровождалось полной или частичной регрессией неврологической симптоматики в послеоперационном периоде. Продление жизни и улучшение ее качества, возможность длительной (более 2 лет) выживаемости после операции позволяют рекомендовать хирургический метод для удаления метастазов почечноклеточного рака из головного мозга.

Ответы на вопросы. При раке почки с метастазами в мозг следует вначале удалять метастаз из ткани мозга, а затем выполнять операцию на первичном опухолевом очаге в почке.

Протокол заседания № 481, 9 октября 2001 г.

Вопросы онкоморфологии

Председатель — проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук И. Н. Пустынский.

Доклад: А. И. Карселадзе.

Проблема нозологической классификации новообразований при использовании современных методов иммуногистохимии

Лаборатория патологической анатомии опухолей РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Исследовано 30 новообразований матки, изначально расцененных иммуногистохимическими и ультраструктурными методами как смешанные мезодермальные опухоли (СМО). Контрольную группу составили изученные аналогичными

методами органы, взятые у 30 человеческих эмбрионов и плодов в разные периоды антенатальной жизни.

Показано, что в большинстве случаев в СМО имеется коэкспрессия антигенов, традиционно считающихся маркерами эпителиальной или мезенхимальной дифференцировки. Более того, четко положительную реакцию дают антигены, до последнего времени считающиеся специфичными для нервных и нейроэндокринных клеток. Подобная коэкспрессия и аберрантная экспрессия являются для эмбриональной клетки скорее правилом, чем исключением. Интенсивность иммуногистохимических реакций уменьшается по мере созревания плода и к моменту рождения устанавливается определенный иммунофенотип каждого клеточного типа. При опухолевой трансформации происходит рекапитуляция эмбрионального фенотипа с появлением в клетках СМО даже антигенов, характерных для развивающегося мозга.

Для нозологической спецификации СМО. на наш взгляд, следует использовать положительную реакцию только на матриксные белки (например, хромогранин). Другие белки, которые выполняют в клетке временную функциональную роль, не имеют оформленной структуры и должны быть лишь отмечены при составлении иммунофенотипа опухоли. Приведенная точка зрения подтверждается на примере клинических наблюдений.

Доклад: А. Г. Татосян.

Молекулярные нарушения, характерные для рака легкого в бронхиальном эпителии ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС

Лаборатория регуляции клеточных и вирусных онкогенов РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Исследовали генетические нарушения, характерные для рака легкого (РЛ) в биоптатах (мутации в гене *K-ras*, аберрантное метилирование промотора гена *p16^{INK4A}* а также нарушения 14 микросателлитных маркеров ДНК), последовательно полученных из одних и тех же участков бронхиального дерева ликвидаторов аварии на ЧАЭС. Изучались также образцы бронхиального эпителия, полученные от курильщиков и некурящих индивидуумов, не имевших контактов с радиацией.

Длительное присутствие радиоактивных частиц в бронхиальном эпителии ликвидаторов аварии на ЧАЭС было ассоциировано с появлением аллельных делеций в хромосомных локусах 3p12, 3p14.2, (ген *FHIT*), 3p21, 3p22-24 (ген *hMLHI*) и 9p21 (ген *p16^{INK4A}*), а также со снижением экспрессии гена *FHIT*. Количество молекулярных изменений росло с увеличением степени тяжести патоморфологических изменений бронхиального эпителия. Резкое и статистически достоверное увеличение числа молекулярных нарушений наблюдалось в группе образцов, демонстрирующих диспластические изменения. Клоны — предшественники дисплазий имели значительно большее число молекулярных нарушений, чем эпителиальные фокусы, не превратившиеся в дальнейшем в дисплазии. Полученные данные свидетельствуют о том, что в бронхиальном эпителии ликвидаторов аварии на ЧАЭС происходит последовательное накопление молекулярных нарушений, характерных для ранних стадий рака легкого.

Прения. Выступавшими отмечено, что научные разработки позволяют использовать в клинической практике результаты новых методов исследований — иммуногистохимических, молекулярно-генетических и др. Однако опыт их клинического внедрения, практического применения не сразу приводит к существенному улучшению состояния диа-

гностики и лечения. Появляются проблемы, связанные с интерпретацией результатов новых исследований, оценкой реальной практической значимости предлагаемых новшеств. Обсуждение подобных вопросов на заседаниях Общества, безусловно, способствует лучшему пониманию новых проблем в среде экспериментаторов и клиницистов.

Протокол заседания № 482, 29 ноября 2001 г.

Опухоли позвоночника

Заседание посвящено памяти академика Н. Н. Трапезникова.

Председатель: проф. А. И. Пачес.

В президиуме: академики РАМН М. Ф. Трапезникова, В. И. Чиссов, чл.-корр. РАМН Н. И. Давыдов, проф. М. Д. Алиев.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Вступительное слово: М. И. Давыдов.

Вклад академика Н. Н. Трапезникова в развитие онкологии

РОНЦим. Н. Н. Блохина РАМН

27 сентября 2001 г. после тяжелой болезни ушел из жизни директор Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина РАМН, академик РАН и РАМН Н. Н. Трапезников. Почти 50 лет своей научной и врачебной деятельности он провел в стенах Центра, пройдя путь от ординатора до директора, заменив на этом посту Н-И. К — м Наиболее значительные научные результаты Н. Н. Трапезниковым были получены в области лечения опухолей костей и мягких тканей и меланомы кожи. Исследования возглавлявшихся им творческих коллективов дважды (1977. 1999) удостоивались Государственных премий в I-II степенях науки и техники. Н. Н. Трапезников более 25 лет заведовал кафедрой онкологии ММА им. И. М. Сеченова. Под его руководством выполнено более 40 докторских и 50 кандидатских диссертаций. Он являлся автором свыше 400 научных публикаций в т. ч. 10 монографий. Н. Н. Трапезников возглавлял разработку Федеральной целевой программы "Онкологии", руководил онкологическим направлением программы «Национальные приоритеты в медицине и здравоохранении» и Межведомственным научным советом по проблеме «Злокачественные новообразования», был главным онкологом Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации, президентом Ассоциаций онкологических центров и институтов стран СНГ. Память о Н. Н. Трапезникове навсегда останется в наших сердцах.

Доклад: М. Д. Алиев, А. К. Валиев, А. Е. Коллистов.

Онкологические аспекты в лечении больных с опухолями позвоночника

Отделение общей онкологии РОНЦим. Н. Н. Блохина РАМН

Оперировано 86 больных (28 мужчин и 58 женщин к среднему возрасту составил 47 лет (от 17 до 66) Операций выполнялись по поводу метастазов рака молочной железы (35 больных), рака легкого (15), почки (10), простаты (5), щитовидной железы (4), других опухолей (5) и метастазов из не выявленного первичного очага (7). Выполнены декомпрессивные ламинэктомии (46) и декомпрессивно-стабилизирующие (40) операции. Эффективность лечения оценивалась по состоянию неврологической симптоматики (прекращение болевого синдрома, уменьшение степени пареза и пареза, улучшение функции газовых органов). В большинстве (75 %) случаев операции проводились в течение 3 нед. от начала проявлений компрессии спинного мозга. (Выполнение операций в более поздние сроки снижало эф-

фективность декомпрессии спинного мозга.) В послеоперационном периоде обязательно назначение стероидов, диуретиков, сосудистых и ноотропных препаратов, витаминов группы В. Отмечено улучшение неврологической симптоматики у 73 % больных после декомпрессивных и у 78 % после декомпрессивно-стабилизирующих операций, ухудшение развилось у 8 % больных. Таким образом, в результате операции у большинства больных метастатическим поражением позвоночника происходит улучшение неврологического статуса и качества жизни.

Доклад: И. Н. Шевелев, О. А. Мышкин, О. В. Дуров.

Нейрохирургические проблемы хирургии опухолей позвоночника

Спинальное отделение Института нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко

С июля 1998 г. по ноябрь 2001 г. оперирован 21 пациент по поводу опухолей позвоночника. У 15 больных выявлены первичные опухоли: плазмоцитомы (3), гигантоклеточные опухоли (3), аневризмы костные кисты (3), гемангиомы (3), а также саркома, мезенхимомы, ангиолимфоцитарная гиперплазия (болезнь Кимури), у 6 больных поражение позвонков оказалось метастатическим. Для выбора метода лечения применялись шкалы качества жизни с оценкой в баллах по Tokuhashi (1990). Радикальное удаление опухоли возможно при суммарной оценке 9 баллов и более. При 4 баллах и менее хирургический метод не применяется. При 5–8 баллах возможна операция с паллиативной целью, а также другие методы лечения (лучевая или химиотерапия). С 1998 г. применялись комбинированные операции с одновременным удалением опухоли и стабилизацией позвоночника. С 2001 г. стал использоваться метод 3D-реконструкции для более точного планирования объема хирургической резекции, интраоперационного контроля полноты удаления опухоли и установки стабилизирующих систем.

Доклад: В. И. Ювдин, А. В. Горячев, С. Р. Нуржигов, К. В. Самвишов.

Хирургия опухолей позвоночника

Отделение спинномозговой нейрохирургии Городской клинической больницы № 19 г. Москвы

Представлен опыт хирургического лечения 26 больных с опухолями позвоночника. Первичные опухоли выявлены у 15 больных, метастатические — у 11. Показаниями к операции являлись: 1) клиника сдавления спинного мозга, 2) выраженный, не поддававшийся консервативной терапии болевой синдром, 3) нарушения опорной функции позвоночника и их профилактика.

Предпочтение отдавалось вентральному доступу, который позволял более радикально удалить пораженные структуры тела позвонка. Во всех случаях применялась замена удаленных одного или более тел позвонков ауто- или аллокостью. Обязательным условием успеха операции являлось дополнительное применение фиксирующих металлических конструкций. При заднем доступе во всех случаях применялся транспедикулярный спондилодез. При необходимости, если позволяло общее состояние больного, использовался комбинированный доступ с удалением передних и задних пораженных структур позвонков. При этом также выполнялись передняя и задняя фиксации.

Прения. При обсуждении затронутых вопросов были отмечены личные качества Н. Н. Трапезникова, его вклад в развитие онкохирургии позвоночника, а также достигнутые успе-

хи, прежде всего эффективность, при условии своевременной операции, декомпрессии спинного мозга и восстановления движения, функций тазовых органов. Маргарита Федоровна Трапезникова выразила признательность руководителям и специалистам РОНЦ за сопричастность к трудам Н. Н. Трапезникова, за память о нем.

Вертебральная онкохирургия — ранее недоступная область — стала актуальной благодаря усилиям многих исследователей наших дней. Современный уровень хирургии позволил добиться успеха в лечении больных с опухолями позвоночника (М. И. Давыдов).

Академик Трапезников отличался заботливым отношением к своим ученикам, к сотрудникам Онкологического центра (Ю. Н. Соловьев).

Нам следует развивать те, безусловно плодотворные, отношения между Институтом онкологии им. П. А. Герцена и Онкологическим центром им. Н. Н. Блохина, которые начали определяться при Н. Н. Трапезникове (В. И. Чиссов).

Н. Н. Трапезников содействовал инициативам сотрудников, был организатором научных исследований в онкологии (А. И. Пачес).

В представленных докладах затронуты проблемы, которые следует обсуждать дифференцированно, а также, кроме технических аспектов, выработать идеологию онковертебрологии. Следует уточнить показания к оперативным вмешательствам при метастатическом поражении позвоночника. Так, при раке молочной железы, когда после устранения компрессии спинного мозга дальнейший прогноз будет определяться достаточно эффективной химиотерапией, оправдано расширение показаний к операции на позвоночнике. Напротив, при распространенном раке легкого с поражением позвонков, при очевидно более неблагоприятном прогнозе, предпочтительны консервативные методы лечения (М. И. Давыдов).

При обсуждении сроков операции по поводу компрессии позвоночника из-за его метастатического поражения отмечено, что успех определяется возможно более ранним проведением оперативного вмешательства. 3-недельный срок, указанный в докладе, представленным сотрудниками РОНЦ, следует считать основой для дальнейших уточнений. В выступлениях специалистов отмечалось, что следует создать рабочую группу по разработке лечебных рекомендаций в случаях опухолевого поражения позвоночника. При этом лечение больных с поражениями позвоночника, обусловленными злокачественными новообразованиями, следует проводить в условиях специализированных онкологических учреждений.

И. Л. Шевелев: в спинальном отделении НИИ нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко оперировано 15 больных с первичными и 6 с метастатическими опухолями позвоночника. При первичных опухолях тотальная резекция достигнута более чем в 90 % случаев. Для решения вопроса о методе лечения больных метастатической болезнью использованы шкалы качества жизни: Tokuhashi (1990), Sioutous (1995) и др. Радикальное удаление опухоли возможно у больных, набравших 9 баллов и более. При 4 баллах и менее операция не показана. При 5–8 баллах показана паллиативная хирургия, лучевая или химиотерапия. При правильном отборе больных возможности хирургической резекции поражений позвоночника расширяются. Помимо декомпрессионной ламинэктомии с 1998 г. нами выполняются операции одновременного удаления опухоли и стабилизации. С 2001 г. стал использоваться метод 3D-реконструкции для более точного планирования объема резекции, интраоперационного контроля радикальности операции и установки стабилизирующих систем.

Протокол заседания № 483, 19 декабря 2001 г.

50 лет РОНЦ им. Н. Н. Блохина

Председатель: директор РОНЦ, чл.-корр. РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, проф. М. И. Давыдов.
Секретарь: ученый секретарь РОНЦ, д-р мед. наук Ю. В. Шишкин.

История и современность Онкологического центра

История создания РОНЦ неразрывно связана с учрежденной в 1944 г. Академией медицинских наук СССР. В 1951 г. на заседании президиума АМН было принято решение о создании Института экспериментальной патологии и терапии рака (ИЭПТР). С декабря 1951 г. по март 1952 г. институт возглавлял чл.-корр. АМН СССР М. М. Маевский. Новый онкологический институт расположился в одном из клинических корпусов Московского областного клинического института (МОНКИ). Там же была развернута клиника на 60 коек, которой руководил чл.-корр. АМН СССР хирург Б. В. Огнев.

В марте 1952 г. директором института стал Николай Николаевич Блохин, выдающийся ученый и организатор медицинской науки, долгие годы находившийся на посту Президента Академии медицинских наук СССР. В январе 1959 г. ИЭПТР был реорганизован в Институт экспериментальной и клинической онкологии (ИЭКО). Ему было предоставлено новое здание на Волоколамском шоссе и начато строительство специального комплекса зданий. Это позволило расширить клинику до 260 коек и создать новые отделения, за счет которых штат ИЭКО вырос до 900 человек. В 1964 г. институт переехал в специально спроектированные здания на Каширском шоссе. Клиника была расширена до 400 коек, появилась возможность создать в ней новые специализированные отделения. По постановлению Правительства средства от Всесоюзного субботника 1969 г. были направлены на строительство комплекса Онкологического центра, который в мае 1976 г. принял первых пациентов (в детских отделениях онкологии). В августе 1980 г. ОНЦ был переименован во Всесоюзный онкологический научный центр (ВОНЦ) АМН СССР. В его составе были организованы НИИ клинической онкологии, НИИ канцерогенеза, НИИ экспериментальной диагностики и терапии опухолей.

В апреле 1988 г. директором ВОНЦ АМН СССР был назначен Н. Н. Трапезников. Руководя ведущей клиникой Центра, он возглавил направление по разработке новых методов терапии опухолей костей и мягких тканей. За работы в этой области ему были присуждены Государственные премии СССР (1977) и Российской Федерации (1999), он стал академиком РАН и РАМН. В составе ВОНЦ 17 августа 1989 г. был организован еще один институт — НИИ детской онкологии и гематологии. В 1995 г. начато возведение комплекса его новых корпусов. В 1993 г. Онкологическому центру было присвоено имя его создателя — академика Н. Н. Блохина. С 28 октября 1998 г. ОНЦ именуется как Российский онкологический научный центр (РОНЦ) им. Н. Н. Блохина РАМН.

После кончины (27.09.2001 г.) возглавлявшего РОНЦ академика Н. Н. Трапезникова в Онкологическом центре на альтернативной основе состоялось выдвижение кандидата на должность директора. Объединенный ученый совет РОНЦ тайным голосованием избрал, а Президиум РАМН утвердил на должность директора чл.-корр. РАМН, проф. М. И. Давыдова. В программе М. И. Давыдова отражены положения о том, чтобы сохранить традиции Центра как ведущего научно-исследовательского онкологического учреждения страны, сочетающего свою основную клиническую направлен-

ность с изучением теоретических и экспериментальных аспектов проблемы; расширить исследовательскую деятельность и максимально приблизить результативность проводимых работ к уровню современной передовой науки, поднять авторитет Центра в России и за рубежом, повысить его организационно-методическую роль в оказании современной специализированной помощи регионам Российской Федерации.

Протокол заседания № 484, 31 января 2002 г.

Встреча онкологической общественности с академиком Б. В. Петровским — патриархом отечественной хирургии

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Презентация книги: Б. В. Петровский.

Научный центр хирургии

"Героизм, драматизм и оптимизм медицины"

Глава 3. Врачебная этика (Конспект.)

Идеи великого и благородного служения человечеству, заложенные великими предшественниками, начиная с Гиппократов, — Н. И. Пироговым, И. П. Павловым и другими выдающимися умами, особенно актуальны в наше время, когда кровь льется на развалинах городов многих стран, а политические разногласия порой разрешаются варварскими методами насилия.

Врачу никогда, пожалуй, не было так трудно соблюдать принципы Гиппократов, этого свода этических и деонтологических законов профессиональной деятельности медика, как в исторический период завершения XX в. Не много периодов можно найти в развитии человеческого общества, когда врач находился как бы между Сциллой и Харибдой: с одной стороны, исключительно полезные и важные хтя улучшения жизни научные открытия, а с другой — такой же высокой степени открытия и изобретении, но направленные на массовое уничтожение homo sapiens. Коротко сказать обо всем невозможно. По некоторым проблемам мы отсылаем интересующихся к двухтомному руководству «Деонтология в медицине», написанному коллективом авторов под нашим руководством и участии в 1989 г. (изд-во «Медицина»), и другим фундаментальным трудам. Термин «деонтология» появился в отечественной, да и в мировой литературе относительно недавно и понимается как учение о должном. Важнейшая составная часть деонтологии — врачебная этика.

Медико-этические аспекты, начиная с трудов философов и врачей древности, всегда привлекали внимание медиков, ученых и писателей, широких масс населения. Сама Клятва Гиппократов (V—IV вв. до н. э.) пережила тысячелетия и не устарела до наших дней. «Клянусь богами. — написано в этом историческом документе, — честно исполнять свой долг... считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, ...преподавать все, что я знаю своим сыновьям, ученикам, сыновьям учителя, не давать никому просимого у меня смертельного средства» (борьба с эвтаназией — Б. П.). «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами». Далее в Клятве сказано о врачебной тайне, а заканчивается она торжественным обещанием: «Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и става у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную

клятву да будет обратное этому». Уже первые русские клиницисты — С. Г. Зыбелин, Д. С. Самойлович, М. Я. Мудров, И. Е. Дядьковский — писали о проблемах врачебного долга, обязанностях врача, выступали с лекциями на эту тему. Н. И. Пирогов, В. А. Манассеин, С. П. Боткин и многие, многие другие внесли большой вклад в отечественную деонтологию. У крупных отечественных медиков мы находим размышления или отдельные мысли о том, каким должен быть врач, как должен вести он свою работу, какие обязанности накладывает на него профессия. Иногда это статья или книга, иногда — вступительная лекция, а чаще — хорошо продуманное требование, включенное в клиническую лекцию или книгу, отдельные высказывания, нередко афористические.

Нужно отметить, что деонтологию отечественные врачи понимали широко, включая в нее не только личную, но и гражданскую нравственность. Это понимание наиболее полно и ярко выразил И. П. Павлов: «Что ни делаю — постоянно думаю, что служу этим, сколько позволяют мне силы, прежде всего моему отечеству». Деонтология теснейшим образом связывалась с самой сутью медицинской деятельности, с ее содержанием, с философией медицинского дела, со смыслом работы врача. В XIX и XX вв. врачи Отечества принимали «Факультетское обещание русских врачей», которое ясно и четко определяло долг врача, его честь и профессиональную гордость. В нем, в частности, говорилось: «Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми силами ее процветанию, сообщая Ученому совету все, что открою». Н. И. Пирогову принадлежит мысль о том, что если врач-хирург предлагает больному операцию, то может ли он согласиться, чтобы ее сделали ему самому или его родственникам? Откровенность Н. И. Пирогова, его мудрость, особенно ярко проявившаяся на страницах «Дневника старого врача», позволила говорить о самых сокровенных тайнах врачебной профессии, о своих ошибках и горестях. Взгляды великого хирурга, касающиеся норм поведения врача, его предназначения, обязанностей и долга сыграли большую роль в формировании многих поколений медиков. Нужно видеть свои ошибки, считал Н. И. Пирогов, и, что еще более важно, уметь их признать, показать другим, чтобы сделать нужные выводы, вооружить ими коллег и младших товарищей. Знамениты его слова: «С самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнаруживая все мои ошибки и неудачи, и чистый перед судом моей совести, я смело вызываю мне показать, когда и где я утаил хотя одну мою ошибку, хотя одну мою неудачу?». В «Дневнике старого врача» Н. И. Пирогов писал о том, что, по его мнению, нужно медику-профессору: «Для учителя такой прикладной науки, как медицина, имеющей дело прямо со всеми атрибутами человеческой природы (как своего собственного, так и другого, чужого я), для учителя, говорю, такой науки необходимо, кроме научных сведений и опытности, еще добросовестность, приобретаемая только трудным искусством самосознания, самообладания и знания человеческой природы».

Думаю, уместно сказать о такой сложной проблеме, как ятрогенные заболевания, возникающие вследствие неправильного поведения врача (например, при осмотре и опросе больного), особенно у мнительных субъектов, в результате медицинской дезинформации населения, чтения специальной медицинской литературы и т. д.

Конечно, в свое время все мы, студенты медицинского факультета, «болели» болезнями 3-го курса. Ведь на 3-м году

обучения студент впервые вплотную знакомится с клиникой и больным, т. е. в какой-то степени становится подвержен ятрогении. Страх любого человека заболеть раком, СПИДом, другими тяжелыми болезнями заставляет постоянно прислушиваться к разговору врача, его поведению, употреблению в профессиональной лексике латинских и других иноязычных слов, непонятных, а потому тем более страшных для пациента, усиливающих подозрение на какую-то якобы развивающуюся у него необратимую катастрофу. Пациент начинает все видеть в мрачном безнадежном свете, воспринимает любое слово врача как приговор... Ятрогений существует весьма большое разнообразие. С моей точки зрения, они чаще всего обуславливаются неосторожным поведением медперсонала.

Возвращаясь к врачу — его личности, его образованию, воспитанию, морали. Молодой человек формируется в семье, школе, на улице. Он, порой не без влияния этих условий, выбирает свою будущую профессию — врача. С этого момента он воспитывается уже в среде высшей школы, атмосфере науки. Конечно, не всегда выбор профессии бывает правильным. «Я люблю медицину», — говорит 18-летняя девушка, поступившая на медицинский факультет. А полюбит ли ее медицина — это вопрос. Большое значение тут имеет уровень организации учебного процесса, мастерство преподавателей и профессоров, от которых в немалой степени зависит, смогут ли молодые люди стать настоящими врачами. Не нужно доказывать, сколь велико значение хороших педагогов, которые стремятся подготовить не только профессионала, но и весьма полезного для общества, морально чистого, честного человека. Конечно, нужно стремиться помочь студенту быть самостоятельным, разбираться в жизненных коллизиях, привлекать его к общественной работе, чтению просветительных лекций для населения.

...Это все очень важно в деле воспитания личности мыслящего врача. Очень полезны также поликлинические врачебные приемы, во время которых студент видит характер общения врача с больным, наблюдает, как больной постепенно «оттаивает», теряя чувство страха перед белым халатом, и начинает относиться к врачу как к человеку, которому он можетверить свою жизнь. Также полезны для воспитания будущего специалиста и встречи врача с родственниками пациента. Если говорить о поведении студента, то, прежде всего, он не должен держать руки в карманах, внешний вид должен вызывать у пациента уважение. Спокойный стиль общения будущему доктору следует стремиться отработать именно в высшей школе. Неплохо поучиться и у опытной медицинской сестры, лаборанта. Необходимо воспитывать и развивать в себе сочувствие к страданиям больных и их родственников. Особо хочу подчеркнуть опасность притупления чувства гуманности у молодежи в экспериментальных лабораториях и на кафедрах топографической анатомии и оперативной хирургии. Общества защиты животных во многих странах и отчасти в России правильно запрещают ненужный эксперимент на животных — вивисекцию. (Эксперимент разрешается, если он необходим для получения важных научных данных, которые иначе получить невозможно.)

...Молодой врач, принявший врачебную Клятву, прошедший последипломную подготовку и приступивший к своим обязанностям, прежде всего должен быть активным пропагандистом здорового образа жизни, примером этого образа. Внешний вид, отработанная дикция и голос (без крикливых нот и шепота), чистота рук и обработка ногтей, даже стрижка волос и бритые щеки у мужчин, отсутствие броского макия-

жа у женщин — все это нужно учитывать молодому врачу. Неплохо, кстати, было бы нам использовать некоторые этические подходы к жизни врача в Англии (см. романы А. Крониана), США, Японии и других странах.

Коснусь еще вопросов морали, этики, человеческой честности... Проблема взаимоотношений учеников с Учителем существует издавна, и потому нашла отражение в Клятве Гиппократа, в которой есть пункт и о том, что ученик должен уважать Учителя. Казалось бы, это очевидная истина. Действительно, подавляющее большинство учеников, даже вышедших из стадии ученичества, навсегда сохраняют по крайней мере уважительное отношение к Учителю. Для них авторитет Учителя с годами не снижается, а его советы и мнение по тем или иным профессиональным, да и жизненным коллизиям остаются необходимы и полезны.

На Международном конгрессе по биоэтике в Москве обсуждалась проблема взаимоотношений врача с больным и его родственниками — открывать ли полностью перед больным диагноз его заболевания? Практика полностью открывать больному тайну диагноза, даже самого тяжелого (фиксируя это в истории болезни), принятая на Западе, обусловлена рядом особенностей общественно-государственного устройства, обычаев, традиций, уклада жизни. Так, например, если пациент страдает неизлечимым, быстро прогрессирующим заболеванием, то за оставшийся период жизни он должен успеть привести в порядок свои материальные дела, оформить завещательно-распорядительные документы и т. п. В нашей стране, как в Японии, Китае и ряде других стран, эта практика не используется. Мы считаем, что плохой диагноз, особенно рака и других тяжелых заболеваний, как правило, нужно скрывать от больного, т. к. эта правда ухудшит его состояние, приведет к мучительным морально-психологическим страданиям (угроза приближающейся смерти). Подобных примеров множество, и каждый из опытных врачей это знает. Разумеется, такую позицию нельзя доводить до абсурда.

Будучи в течение 15 лет министром здравоохранения, из всех жалоб я лично просматривал сотни писем родственников в связи со смертью своих близких. В 95 % обращений ко мне причины смерти не были связаны с деятельностью врача. А жалобы возникали из-за неправильной информации родственников со стороны медиков данного учреждения, неверно истолкованных факторов. В 5 % случаев имели место ошибки, расследование которых проводилось весьма тщательно. Чаще всего «рискует» хирурги — на них возлагается вся ответственность. В нашем Научном центре хирургии в 1984 г. мы провели Всесоюзный симпозиум, где выясняли меру ответственности в хирургии. Участники симпозиума сделали вывод, что главная роль принадлежит хирургу — капитану корабля, который должен обеспечить подбор и хирургической бригады, и анестезиолога, и реаниматолога. Именно хирург должен принять все меры для установления точного диагноза, оценить степень риска операции, ее прогноз для больного.

Иногда задают вопрос о том, как нужно в современных условиях относиться к конкуренции, которая существовала, существует и будет существовать в XXI в. Я считаю конкуренцию положительным фактором, т. к. она проясняет личные, может быть утрированные недостатки врача, а также и клиники. Конечно, этот процесс должен иметь цивилизованные, корректные формы — тогда он полезен.

В 1966 г. в Париже состоялся Международный конгресс по врачебной этике. Учитывая важность проблемы, почетным председателем Конгресса был избран Президент генерал Де

Голь. В числе участников Конгресса был один из крупнейших писателей современности Андре Моруа. Именно ему и поручили выступить с заключительным докладом, который произвел глубокое впечатление. Приведу полностью заключительный абзац этого интереснейшего документа. «Завтра, как и сегодня, будут больные, завтра, как и сегодня, понадобятся врачи. Как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, все возрастающую ответственность. Медицинская наука станет еще точней, ее оснащение приумножится, но рядом с ней, как и сегодня, будет стоять, сохранит свое место в медицине врач классического типа — тот, чьим призванием останется человеческое общение с пациентом. И, как прежде, он будет утешать страждущих и ободрять павших духом. Появятся новые чудеса. И появится новая ответственность. Медики всех стран будут, как и сегодня, связаны единой врачебной моралью. Завтра, как и сегодня, человек в медицинском халате будет спасать жизнь страждущему, кто бы он ни был — друг или недруг, правый или виноватый. И жизнь врача останется такой же, как и сегодня, — трудной, тревожной, героической и возвышенной». И далее А. Моруа сказал, что всю жизнь сожалел, что не стал врачом. Речь А. Моруа во многом уникальна, особенно в возвышении врачебной морали.

В наступившем XXI в. безусловно, будет возрастать роль врача в обществе, повысится, естественно, и врачебная ответственность. Проблема нравственности и морали в деятельности врача будет, видимо, особенно заметной в связи с угрозой и наличием войн, насилия, преступлений. Новые технологии позволят точно ставить диагноз и более радикально излечивать человека от особо опасных инфекций и других болезней. Думаю, что в деятельности клинициста будут узаконены два совершенно очевидные требования. Первое — ни одной лишней капли крови при обследовании пациента и во время оперативного вмешательства. И второе — все, что делается в клинических условиях больному и в экспериментах на животных, должно быть безболезненным. Борьба с болью постепенно должна распространяться на все стороны трудовой деятельности человека, как и борьба за безопасность в быту и на работе.

Мы в начале пути трансплантации пяти органов животных человеку, создания более совершенных, чем сегодня, искусственного сердца, легкого, почки, печени и других органов. В плане организации системы здравоохранения должно пройти сокращение числа врачей и больниц за счет повышения искусства врача, совершенствования аппаратуры, притока квалифицированных медицинских сестер, в частности с высшим образованием. Но психология населения не будет быстро приходить в соответствие с возрастанием возможностей медицины, знахарство будет продолжаться. В связи с этим возрастает роль контроля со стороны государственных органов и общественности за всем, что полезно и вредно человеку. Соответственно должна возрасти роль образованного, высокопрофессионального морально честного человека, охраняющего здоровье населения. — врача в белом халате. Особенно если учесть, что, по-видимому, жизненные стремления будут продолжать воздействовать и даже создавать новую стрессовую «болезнь страха», о которой уже сегодня начинают упоминать в научных публикациях. Поэтому подготовка врача как психолога, приемами которого, например, пользовался земский врач, а в настоящее время владеет хороший врач широкого профиля, будет необходимой. Воздействие врача на психологию пациента и его семьи должно влиять на режим семьи и рабочего коллектива — излечение

от алкоголизма, курения, ликвидацию дефектов в питании, веры в знахарей, снижение фармакомании и т. п. По-видимому, будут улучшены законы, определяющие конкретные меры защиты пациента и врача, меры реальной, а не на бумаге, ответственности властей за здоровье человека. Считаю, что все этические и деонтологические проблемы XXI в. будут очень тесно связаны с ростом авторитета врача, доверия ему со стороны общества и населения.

История отечественной медицины дает многочисленные примеры того, что прошлое не исчезает, что наиболее ценная часть прошлого — опыт поколений медиков — сохраняется в настоящем и берется на вооружение новыми поколениями врачей. Это относится не только к научным ценностям — открытиям, законам, методам диагностики, профилактики и лечения, но и к моральным, тем выношенным, нередко выстраданным девизам и требованиям, которыми врачи должны руководствоваться в своей деятельности.

Протокол заседания № 485, 28 февраля 2002 г.

Отчеты и выборы в Обществе

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Организационные вопросы: проф. А. И. Пачес.

Итоги и перспективы работы московского онкологического общества (отчет за 2000—2001 гг.; планы на 2002-2003 гг.)

Состав Общества

В Обществе состоит 1236 специалистов. За отчетный срок рост численности составил 123,6 %. Кроме этих «действительных членов», подтверждающих свое отношение к нашему профессиональному сообществу выплатой взносов, к Обществу имеют отношение «по должности» еще около 100 профессионалов. Это районные онкологи Московского региона, главные врачи онкологических диспансеров России, руководители онкологических центров стран Содружества. Общество весьма заинтересовано в сотрудничестве с ними, направляет им свои информационные материалы, приглашает на заседания и определяет как «членов-корреспондентов». Последующие отчетные данные, однако, отражают только сведения о 1236 «действительных членах». В Обществе на 31.12.2001 г. состоят 678 (54,8 %) онкологов из РОНЦ им. Н. Н. Блохина, 148 (11,8 %) — из МНИОИ им. П. А. Герцена, по 73 (5,9 %) из Онкологической больницы № 62 и из Московского (городского) клинического онкологического диспансера. Членами Общества являются также 47 врачей военных госпиталей, 28 сотрудников кафедр онкологии московских вузов, районные онкологи, врачи смежных специализаций.

Обзор жизнедеятельности

За 2000-2001 гг. проведено 20 заседаний (№ 464-483), заслушано (кроме информационных) 62 научных сообщения. Протоколы заседаний с января по июнь публикуются в «Российском онкологическом журнале», а с сентября по декабрь — в «Вестнике РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН». Отсутствие публикаций протоколов заседаний последних лет объясняется проводимой работой по существенному сокращению текстов. Ни один научный журнал не в состоянии дублировать страницы нашего информ-бюллетеня. В этой связи Правление убедительно рекомендует авторам сообщений самим составлять резюме своих докладов, а также оказывать большее содействие секретарям при редактировании таких разделов, как «**Ответы на вопросы**» и «**Прения**».

Ненасильственно заполненный слушателями зал — один из критериев эффективности работы Общества. Члены

Правления наблюдают из президиума в среднем порядка 100 специалистов, посещающих заседания. Все члены Общества получают почтой информационные бюллетени с материалами докладов. С 2002 г., кроме того, информацию об Обществе можно получить в Интернете. Еще одно из проявлений деятельности Онкологического общества — содействие авторам в издании и распространении представленных научных трудов — оказалось не столь демонстративным, как в предыдущие годы. Правление выражает надежду, что в перспективе будут изданы новые выпуски «Анналов» и других трудов Общества.

Бюджет, взносы и платежи

Бюджет Общества складывается преимущественно из членских взносов.

Взносов получено 25 660 р. в 2000 г. и 36 260 р. в 2001 г. Всего за 2000—2001 гг. получено 61 920 р. Кроме того, имел место случай дополнительного финансирования: в 2001 г. Общество получило от РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН 15 000 р. на покупку/модернизацию компьютерной техники. Членские взносы действительно являются важнейшей статьей бюджета — специалисты должны сами оплачивать жизнедеятельность своего профессионального сообщества, если желают, чтобы их организация отражала их собственную точку зрения. Расходы за отчетный срок 2000—2001 гг. составили 61 920 наличных и 15 000 безналичных рублей.

Сведения предоставлены на 31.12.2001 г., однако, как отряд отметить, взносы все еще продолжают поступать. Общество уже получило первые деньги, направленные в иностранной валюте — казахстанских тенге. Отправитель — «действительный член» Общества д-р Р. О. Мадькенов из Караганды. Общество приветствует данную инициативу! Правление также обращает особое внимание на появление задолженностей по уплате взносов. В этой связи Оргкомитет будет выдавать памятные Дипломы членов Общества (в связи с предстоящим в 2004 г. 50-летием нашего профессионального сообщества только тем специалистам, кто успеет (хотя бы к этому сроку) свои задолженности погасить. (Оплачивать задолженности прежних лет придется по существующим на день оплаты расценкам.)

На первые безналичные деньги Общество купило лазерный принтер Canon, LBP-810 с картриджами, а также CD-ROM 52xMAX, что значительно облегчило условия труда.

Что касается расходов денег наличных, то статистика подтверждает — подготовка и компьютерная верстка материалов, рефераты-переводы, фотоработы, закупка бумаги и типографские расходы, расфасовка тиража по конвертам и отправка его адресатам в России и за рубеж, организационные расходы по проведению заседаний и пр. — все то, что определяет поддержание жизнедеятельности Общества, стоит (округленно) 1000 усл. ед. в год. Отметим для историков, что 1 у. е. = 1 дол. США = 28—30 р. в колебаниях (в коридоре) отчетного срока 2000—2001 гг. Следует отметить также, что поступление взносов постоянно возрастает. Именно это обстоятельство и позволяет пропорционально увеличивать расходы, прежде всего — на приоритетные платежи. Остальные статьи расходов финансируются по остаточному принципу.

Ревизионная комиссия под председательством В. В. Брюзгина подтвердила статистические данные, представленные в отчете Правления.

Предлагается избрать/переизбрать состав Правления в следующем составе:

Председатель Общества — проф. Александр Ильич Пачес. Зам. председателя — проф. Валерий Владимирович Старинский (МНИОИ им. П. А. Герцена). Зам. председателя — проф. Анатолий Нахимович Махсон (Онкологическая больница № 62). Зам. председателя — проф. Александр Михайлович Сдвижков (Онкологический клинический диспансер Комитета здравоохранения г. Москвы).

Совет Общества: М. И. Давыдов, Л. А. Дурнов, А. М. Сдвижков, В. И. Чиссов. Руководитель Совета — чл.-корр. РАМН, проф. Михаил Иванович Давыдов (РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН). Зам. руководителя — академик РАМН, проф. Валерий Иванович Чиссов (МНИОИ им. П. А. Герцена).

Комитет Экспертов: З. Н. Айтаков, А. Ю. Барышников, В. И. Борисов, Д. Г. Заридзе, А. П. Ильницкий, А. А. Клименков, В. П. Летагин, А. С. Мамонтов, А. М. Нечипай, И. В. Поддубная, Б. К. Поддубный, И. В. Решетов, И. В. Селюжичский, Ю. Н. Соловьев. Руководитель Комитета — проф. Ирина Владимировна Поддубная (Академия последипломного образования врачей). Зам. руководителя — проф. Анатолий Сергеевич Мамонтов (МНИОИ им. П. А. Герцена). Зам. руководителя — проф. Виктор Павлович Летагин (РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН).

Организационный Комитет: Т. А. Акетова, С. М. Волков, Л. В. Демидов, Б. Н. Ковалев, И. В. Кузьмин, В. М. Кухаренко, И. Н. Пустынский, В. Ю. Сельчук, М. Т. Тагиев, В. Д. Чхиквадзе. Руководитель Комитета — Владимир Юрьевич Сельчук (РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН).

Ревизионная комиссия Общества: В. В. Брюзгин, Е. П. Симакина, В. Ф. Савинова. Председатель — Владимир Васильевич Брюзгин (РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН).

Предложения избрать в состав Правления новых специалистов принимаются от учреждений, организаций и авторитетных специалистов, состоящих в Московском онкологическом обществе. Каких-либо ограничений при выдвижении в состав Правления не предусматривается.

Протокол заседания № 486, 28 марта 2002 г.

Рак молочной железы и беременность

Председатель: А. И. Пачес.

Секретарь: С. М. Волков.

Демонстрации: А. С. Бурлаков, А. Н. Махсон, И. В. Кузьмин, М. С. Абрамович.

Восстановительная хирургия в лечении больных раком молочной железы

Московская городская онкологическая больница № 62

Оперирована с применением методов реконструктивно-пластической хирургии 251 больная в возрасте от 18 до 65 лет. У 198 больных восстановительный этап выполнен с целью воссоздания груди после радикального лечения, т. е. с косметической целью: эндопротезирование (2), разворот торакодорсального лоскута с эндопротезированием (14), разворот поперечного лоскута из передней брюшной стенки живота (TRAM) на ножке (24), пересадка поперечного лоскута из передней брюшной стенки на микроанастомозах (свободный TRAM-лоскут) (155), одномоментно два свободных TRAM-лоскута для двусторонней реконструкции (3). У 53 женщин реконструкция была частью паллиативного лечения, выполнялась для улучшения качества жизни: разворот торакодорсального лоскута (4), разворот поперечного лоскута из передней брюшной стенки живота (TRAM) на ножке (12), пересадка поперечного лоскута из передней брюшной стенки на микроанастомозах (1), пересадка малоберцовой кости

на микроанастомозах (2), эндопротезирование (31), разворот большого сальника на сосудистой ножке (3). Таким образом, современные методы восстановительной хирургии позволили быстро и эффективно реабилитировать больных раком молочной железы без ущерба для онкологического этапа лечения. Рациональное применение реконструктивных операций дает возможность обеспечить приемлемое качество жизни, в т. ч. и после удаления запущенных распадающихся и метастатических опухолей.

Доклад: Dutzu Rozner.

Беременность и рак молочной железы. Выбор метода лечения в зависимости от распространенности опухоли и срока беременности

State University of New York at Buffalo (SUNYAB). With the assistance of European School of Oncology. Moscow Department

При сочетании рака молочной железы и беременности выбор метода лечения в зависимости от стадии заболевания, по данным Американского хирургического общества (American College of Surgeons), представляется следующим образом: при ($T^{1a}_{bN^0M^0}$) рекомендуется модифицированная радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц с отсроченной реконструкцией. Органосохранные операции, дополняемые послеоперационно лучевой терапией, противопоказаны во время I триместра беременности. Лучевая терапия может быть отложена до родов (в т. ч. и родов кесаревым сечением до наступления 9-месячного срока родоразрешения). Адювантная химиотерапия при раннем раке ($T^{1a}_{bN^0M^0}$) и благоприятных прогностических факторах не рекомендуется, поскольку выживаемость и в таких случаях достигает 100 %, а рецидивы опухоли не возникают. При неблагоприятных факторах прогноза (недифференцированные или анапластические опухоли), когда частота прогрессирования процесса достигает 11 % за 10-летний срок наблюдения, рекомендуется назначить после родов химиотерапию при эстрогенотрицательных рецепторах либо тамоксифен при эстрогенположительных рецепторах.

В течение I триместра беременности аборт по медицинским показаниям выполняется, чтобы без неблагоприятных последствий провести химиотерапию: тамоксифен при беременности противопоказан. При IA ($T^1N^1M^0$) — IB ($T^2N^1M^0$) стадии модифицированная радикальная мастэктомия с отсроченной пластикой является операцией выбора в течение всего срока беременности. Химиотерапия после прерывания беременности считается предпочтительным методом лечения во время I триместра. Секторальная резекция с подмышечной лимфаденэктомией и последующей лучевой терапией предусматривает необходимость прерывания беременности в I триместре. Если возникает необходимость в лучевой терапии, то ее следует отложить до II—III триместра. В случаях, когда больная имеет желание родить (здорового) ребенка, химиолучевая терапия может быть отсрочена до момента раннего родоразрешения либо назначена с минимальным риском для плода. Тамоксифен, при эстрогенположительных рецепторах назначается после завершения беременности (родами либо аборт) и адъювантной химиотерапии.

При местнораспространенном раке маточной железы стадии IIIA ($T^1_{-2}N^2M^0$, $T^3N^1-2M^0$), IIIB ($T^4N^{any}M^0$, $T^4N^3M^0$) и при отечно-инфильтративных формах (inflammatory breast cancer) ($T^4DN^1-2M^0$) рекомендуется прерывание беременности в качестве первого этапа лечения. За исключением тех

случаев, когда решение принимается в III триместре беременности и больная (семья больной) считает приоритетом здоровье плода (будущего ребенка). В этом случае лечение проводится после раннего родоразрешения. Показана неoadъювантная терапия по схеме AC с (или без) лучевой терапией. После окончания химиотерапии и выполнения модифицированной радикальной мастэктомии или сохранной операции при эстрогенположительных рецепторах назначается тамоксифен. При отсутствии эффекта от неoadъювантной химиотерапии проводится химиотерапия таксанами (либо препаратами, в отношении которых проводятся клинические испытания).

В случаях, когда у беременных диагностируется рак молочной железы с (множественными) метастазами, приоритетной целью лечения становится здоровье плода/ребенка. Следует особо отметить, что выбор метода лечения следует определять индивидуально, предпочтительно консилиумом, с учетом данных о распространенности опухоли и срока беременности.

Дискуссия: А. А. Пароконная, М. И. Нечушкин, В. П. Лелягина, С. М. Портной, Е. Б. Кампова-Полевая, И. В. Высоцкая, А. А. Мещеряков.

Рак молочной железы, связанный с беременностью РОИЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

В РОИЦ им. Н. Н. Блохина с 1975 г. проводится исследование, направленное на изучение особенностей течения и прогноза рака молочной железы, связанного с беременностью. Проведено наблюдение за 47 пациентками в возрасте до 35 лет. При I и II стадиях 10-летняя общая и безрецидивная выживаемость составляет 62 ± 14 %, при III стадии — 39 ± 9 и 38 ± 10 % соответственно. Причем при III стадии результаты лечения беременных аналогичны результатам лечения III стадии в целом (10-летняя безрецидивная выживаемость $31,4 \pm 1,9$ %). Индивидуальный план лечения основывается на стадии заболевания, периоде беременности, наличии благоприятных и неблагоприятных факторов прогноза.

Учитывая опыт зарубежных коллег и современные возможности диагностики и лечения больных раком молочной железы, связанные с беременностью, мы можем предложить в плане дискуссии следующие рекомендации:

1. Стадия I и IA (размеры опухоли до 3 см).

В I триместре при неблагоприятных факторах прогноза показано прерывание беременности, хирургическое лечение в объеме сохранной операции (при опухолях до 3 см) с последующей лучевой и химиотерапией. При благоприятных факторах прогноза беременность не прерывается. Предпочтительнее выполнить радикальную мастэктомию. Спорным вопросом остается возможность оперативного вмешательства в объеме сохранной операции с лучевой терапией, проводимой после окончания беременности. Во II триместре при неблагоприятных факторах прогноза и желании больной сохранить беременность возможно выполнение радикальной мастэктомии либо сохранной операции с отсроченной (вопрос, требующий обсуждения) лучевой терапией. При согласии пациентки сразу после операции проводится полихимиотерапия по схеме AC. При благоприятных факторах прогноза наряду с выполнением радикальной мастэктомии можно выполнить сохранную операцию с отсроченной лучевой терапией. В III триместре при неблагоприятных факторах прогноза — родоразрешение путем кесарева сечения с последующим хирургическим лечением в объеме радикальной мастэктомии либо проведение сохранной операции с лучевой и полихимио-

терапии. При благоприятных факторах прогноза — родоразрешение в срок с последующим оперативным вмешательством и лучевой терапией в случаях органосохранной операции.

2. Стадия НА - T₁N₀, IB - T₂N₀.

Выявление пораженных лимфатических узлов при гистологическом исследовании. При благоприятных и неблагоприятных факторах прогноза проводится аналогичное лечение с учетом триместра. Однако всем больным показана полихимиотерапия (в случаях I триместра беременности полихимиотерапия отсрочена до наступления II триместра).

3. Стадия IIIA и ШВ.

В I триместре показано прерывание беременности. Далее лечение идентично лечению небеременных пациенток. Во II триместре при желании женщины сохранить беременность и информированности пациентки возможно выполнение не-оадьювантной химиотерапии по схеме АС с последующей радикальной мастэктомией либо сохранной операцией с отсроченной лучевой терапией. В III триместре — при желании сохранить беременность проведение полихимиотерапии по схеме АС, родоразрешение путем кесарева сечения с последующим комплексным лечением.

Протокол заседания № 487, 18 апреля 2002 г.

Заседание посвящается памяти проф. Ю. Я. Грицмана.

Канцер-регистр: обмен опытом разработок и клинического применения

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: А. М. Сдвижков, Д. Л. Урбанович, В. В. Сагайдак.

Опыт работы Московского городского канцер-регистра

Онкологический клинический диспансер № 1 Комитета здравоохранения г. Москвы

Работа над Московским городским канцер-регистром (МГКР) началась с 1988 г., а его полное формирование завершилось в 1998 г. Регистр является популяционным, т. е. в отличие от госпитальных он формирует базу данных обо всех больных злокачественными новообразованиями, наблюдаемых онкологической службой Комитета здравоохранения г. Москвы. Это позволяет рассчитывать стандартизованные (на 100 000 населения) показатели заболеваемости, смертности и т. д. Информация в регистр поступает из 26 учреждений (субъектов регистра) — территориальных онкологических диспансеров, онкологических отделений городских поликлиник. Все субъекты регистра имеют автоматизированные рабочие места (АРМ), откуда сведения из местных баз данных передаются по электронной почте в компьютерный центр городского оргметодотдела по онкологии, где формируется общая база данных по г. Москве. Структура вводимой информации ориентирована на параметры государственных отчетов по формам № 7 и 35. Программа МГКР разработана ОАО «Программы и комплексы». В базу данных вводятся (паспортные) данные о больных, сведения о диагнозе и лечении. Для анализа информации выдаются отчеты, в которых распечатываются введенные ранее сведения. Регистр позволяет формировать протоколы о запущенных случаях злокачественных новообразований, отслеживать сроки диспансерного наблюдения (предоставляя врачам списки больных, сроки их явки для обследования с указанием адресов и телефонов), проводить сверку текущих данных с данными ЗАГС, обеспечивает лучшие возможности изучения отдаленных результатов лечения. Кроме того, регистр является инструментом контроля работы онкологической службы.

Эффективность регистра прежде всего зависит от уровня организации работы учреждений, поставляющих информацию для базы данных, качества учета и диспансерного наблюдения больных, отношения к работе регистра руководителей онкологической службы, контролирующих врачей-онкологов, которые вносят сведения в базу данных. Базы данных популяционных регистров имеют большую практическую и научную ценность. Их формирование должно стать должностной обязанностью врачей онкодиспансеров и найти отражение в штатных нормативах. Качество составленной базы данных целесообразно учитывать при решении вопроса о присуждении квалификационных категорий.

Доклад: В. В. Старинский, О. П. Грецова, Г. В. Петрова, Ю. И. Простое.

Разработка системы государственного регистра по онкологии

МНИОИ им. И. А. Герцена МЗ РФ

Единая система автоматизированных популяционных раковых регистров в России разрабатывается в соответствии с приказом МЗ РФ № 420 от 23.12.1996 г. «О создании Государственного ракового регистра». Концепция Регистра предусматривает формирование базы данных об онкологических больных и оказанной им лечебной помощи, а на основе этой информации — адекватную оценку состояния онкологической помощи в количественных критериях, возможность контроля (оптимизации) лечебного процесса и диспансерного наблюдения, большую точность при проведении эпидемиологических исследований и анализе отдаленных результатов.

Для реализации поставленных задач приказом МЗ РФ № 204 от 14.07.1997 г. был создан Российский центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии (РЦИТЭО) в составе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена. Центр разработал инструктивные документы по регистрации, учету и диспансерному наблюдению, в т. ч. «Комплексный классификатор данных о больных злокачественными новообразованиями в системе Государственного ракового регистра Российской Федерации». Учетные документы утверждены приказом МЗ РФ № 135 от 19.04.1999 г. Эти документы позволяют собирать информацию о больных злокачественными новообразованиями в формате, соответствующем международным стандартам. Комплексный классификатор формализует данные по топографии и морфологии опухоли (МКБ-Х, МКБ-О), по методам лечения, а также по другим параметрам (например, по этническим и социально-профессиональным группам). В этом программном продукте разработаны новые учетные формы и единые кодификаторы. «Комплексный классификатор...» является основой информационной системы «Канцер-регистр». Эта многопользовательская система написана с использованием средств Delphi 5, программа работает под операционной системой Windows 98 и выше. В основу программы заложена «Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием» (ф. № 030-6/ГРР). Карта является единым документом, построенным по типу разветвленного дерева, объединяющим сведения о самом пациенте (идентификационные данные, пол, возраст, адрес и т. п., сведения о дате и причине смерти) и информацию о каждом выявленном злокачественном новообразовании, а также о проведенном лечении. В «Регистрационной карте...» предусматривается кодирование всех вносимых данных. Такая структура позволяет анализировать все параметры и выяв-

лять корреляционные и другие зависимости между анализируемыми признаками.

Программа «Канцер-регистр» внедрена более чем в 20 онкодиспансерах РФ. Ведущее место в работе регистра занимают оценка качества поступающих данных (достаточный объем первичных документов, правильность кодировки и т. п.) и контроль правильности введения информации (исключение механических ошибок, соответствие дат. использование признаков «неприменимо», «неизвестно»). Ошибки, выявленные при тестировании баз данных территориальных диспансеров, были проанализированы, а материалы возвращены для исправления ошибок. Полученный опыт работы на территориальном уровне свидетельствует о перспективности реализации программы «Канцер-регистр» при формировании единой системы популяционных регистров.

Доклад: А. П. Чудина.

Региональный онкогенетический регистр РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Онкогенетический регистр создается с 1990 г. на базе лаборатории профилактики канцерогенных воздействий и профессионального рака РОНЦ, а также Онкологического диспансера № 4 для выявления семей с наследственной онкопатологией, консультаций и диспансеризации наследственно отягощенных, для формирования базы данных о семьях онкологических больных. Источник информации регистра — опрос онкологических больных, состоящих на учете у районных онкологов. Информация поступала в ответах на запросы почтой, по телефону, при личных опросах больных (пробандов) и их родственников. Проводили генеалогический и синдромологический анализ медико-генетическое консультирование.

Результаты. Составлена база данных бумажных носителях, содержащая сведения о 6,5 тыс. семей онкологических больных. Из них более 400 семей нуждается в постоянном диспансерном наблюдении как «раковые семьи». В кабинете онкогенетического консультирования онкодиспансера № 4 (закрытом в январе 2001 г. гл. врачом В. А. Киреевым) наблюдалось 70 «раковых семей» (родственники без онкологических заболеваний и пробанды). В 1995—2000 гг. проведен мониторинг семей, включенных в Регистр в течение 5 лет и более (свыше 2,5 тыс.). Удалось связаться с 782 семьями: новые случаи злокачественных новообразований (2—3-й первичные опухоли) выявлены у 53 пробандов — у 105 кровных родственников и у 21 супруга. Новые опухоли в «раковых семьях» выявлялись в 2—3 раза чаще, чем следовало ожидать на основании популяционной заболеваемости.

Выводы. Необходимо продолжить выявление «раковых семей» и диспансерное наблюдение за родственниками с высоким онкогенетическим риском, возобновить работу кабинета онкогенетического консультирования в онкологическом диспансере № 4, распространить опыт создания регионального онкогенетического регистра в г. Москве и в Российской Федерации.

Доклад: С. М. Волков, А. М. Нечипам.

Состояние и перспективы компьютеризированной регистрации медицинских данных в онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Канцер-регистры имеют существенный недостаток: информация в них попадает не автоматически из историй болезней (ИБ), а посредством копирования (вручную) медрегистраторами. Кроме того, из ИБ могут быть скопированы

и неточные данные. Поэтому достоверность сведений канцер-регистра требует постоянной проверки. Проблема адекватной регистрации данных решается разработкой компьютеризированной ИБ — основного (первоначального) информационного документа, приемлемого для онкологической службы страны — от онкодиспансера до онкоцентра. Компьютеризируются (формализуются) основные документы (разделы) ИБ. Это, разумеется, «Паспортная часть», «Состояние больного», «Распространенность опухоли» по системе TNM, «Решение о выборе метода лечения» (то же, в другой терминологии — «Предоперационный эпикриз»). Это, конечно, «Протокол операции», предусматривающий формализованное описание обнаруженной распространенности процесса и хирургических действий для всей совокупности резекций и экстирпаций, применяемых в онкологической практике. Далее неизбежно следуют документы об оценке распространенности процесса, «Протоколы инструментальных исследований» и многие другие составляющие ИБ. При этом информация, будучи зарегистрированной в начальных разделах ИБ, затем копируется, при необходимости, в последующие разделы (документы) этой же ИБ, а в последующем многократно используется для составления справок и отчетных документов.

Очевидно, что разработка всей совокупности формализованных документов требует значительных усилий и масштабного финансирования. Однако в случае успеха такой организации информации трудно переоценить значение обозначенной разработки. Например, при создании итогового документа типа «Справка-эпикриз» необходимые сведения о Ф. И. О. пациента, диагнозе и стадии процесса, сроке пребывания в медучреждении, проведенном лечении и другое будут извлечены из указанных выше разделов-документов компьютеризированной ИБ, распечатаны, а также сохранены в базе данных для последующего использования в медицинских отчетах и для исследовательских целей.

Существенный объем работ по компьютеризированной регистрации медицинских данных был проделан в 1980—1990-х годах группой исследователей в порядке личной инициативы. В случае востребованности разработчиками может быть предложена концепция ИБ в целом (информационная модель программной системы), а также действующие фрагменты этой системы, приемлемые для компьютеризации информации ряда инструментальных исследований — «Эндоскопия желудочно-кишечного тракта», «Лапароскопическая операция», «Иммунометрические тесты» и др.

Протокол заседания № 488, 14 мая 2002 г.

Юбилейная научная конференция «Наследие академика Н. К. Блохина», посвященная 90-летию со дня рождения основателя Онкологического центра

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: А. Ю. Барышников.

Биотерапия злокачественных новообразований

В начале 1970-х годов в Онкологическом научном центре под руководством Н. Н. Блохина начало бурно развиваться новое направление в терапии злокачественных новообразований — иммунотерапия. Разрабатывались сразу несколько подходов. Первый — гетерогенизация опухоли. (Опухоль заражалась вирусами, на поверхности опухолевых клеток появ-

лялись вирусные антигены, которые делали опухоль чужеродной для организма, и против нее развивался напряженный иммунный ответ.)

Вторым подходом стала разработка противоопухолевых вакцин на основе бактерий БЦЖ и *Brucella abortus*. Третьим — попытка использования клеток эмбриональной печени с целью создания универсального костного мозга для аллотрансплантации. Четвертым — создание ксеногенных противолейкозных сывороток. Эта работа затянулась на четверть века и реализовалась в создании сначала диагностических, а затем и терапевтических моноклональных антител. Благодаря успехам в биотехнологии и молекулярной биологии стало возможным вернуться к биологическим методам лечения злокачественных заболеваний, которые стали бурно развиваться в России и за рубежом. В настоящее время в онкологии применяются следующие препараты и методы биотерапии (успешно применяются и в РОНЦ): моноклональные антитела, интерфероны, интерлейкины, цитокины, противоопухолевые вакцины, генотерапия, гормонотерапия, стимулирующие гемопоэз факторы.

Изучаются моноклональные антитела (МКА): герцептин, мабтера, имутеран и АТЕМА. Герцептин используется в комбинации с химиопрепаратами и существенным образом потенцирует их противоопухолевое действие. Например, частота положительных ответов на терапию адриамицином и циклофосфамидом повышается с 43 до 52 %, а эффективность таксола — с 16 до 42 %. Mabthera (Rituxan, Rituximab) — антитела к человеческому антигену CD20, экспрессированному на поверхности В-лимфоцитов. Препарат применяется при лечении В-клеточных неходжкинских лимфом низкой степени дифференцировки и фолликулярных лимфом. Два препарата МКА разработаны в Онкоцентре, «дошли» до клинических испытаний — это имутеран и АТЕМА. Другое применение МКА — разработка иммунотоксинов — конъюгатов МКА с токсинами. В НИИ ЭДиТО разрабатываются иммунотоксины для лечения меланомы, Т-клеточных лейкозов.

Одним из компонентов биотерапии является цитокинотерапия. Цитокины можно разделить на несколько групп: гемопоэтические факторы (G-CSF, GM-CSF, IL-3, IL-7, эритропоэтин), регуляторы естественного иммунитета (INF- α , INF- β , IL-1, IL-6, TNF- α), регуляторы иммунных реакций (IL-2, IL-4), регуляторы воспаления (INF- γ , IL-5, IL-10, лимфотоксины). Все эти цитокины используются в РОНЦ.

В НИИ ЭДиТО начаты работы по получению трансгенных кроликов, продуцирующих с молоком колониестимулирующие факторы G-CSF и GM-CSF. Проводится работа по выделению этих факторов из молока и созданию лекарственных форм препаратов.

Продолжаются работы по созданию противоопухолевых вакцин на качественно новом уровне сравнительно с 1970-ми годами. Благодаря успехам в молекулярной биологии вновь возродились надежды на вакцинотерапию как метод профилактики и лечения онкологических заболеваний. Среди многих современных подходов к созданию противоопухолевых вакцин особое место занимают вакцины на основе дендритных клеток. С их помощью можно усилить иммунный ответ на слабые опухолевые антигены. С этой целью наращивают *in vitro* большое количество дендритных клеток и нагружают их опухолевыми антигенами. Источники антигенов для загрузки дендритных клеток: лизат опухолевых клеток, рекомбинантные белки, нативные и синтетические пептиды, мРНК, кДНК. Схема создания дендритной вакцины следующая. У больного берут кровь и выделяют моноци-

ты. Их культивируют *in vitro* в присутствии GM-CSF и IL-4. При этом из предшественников образуется большое количество зрелых дендритных клеток. Одновременно у больного извлекают опухоль, из нее получают кратковременную культуру клеток, из которых выделяют пептиды. Затем дендритные клетки инкубируют с опухолевыми пептидами и вводят больному. В РОНЦ начаты клинические испытания дендритных антимиеланомных вакцин. Таким образом, биотерапия становится равноправным методом терапии опухолей наряду с хирургией, химио- и радиотерапией.

Доклад: В. Э. Гурцевич.

Серологические и молекулярные маркеры онкогенных вирусов в изучении, диагностике и мониторинге злокачественных опухолей

Возглавив в начале 1950-х годов Институт экспериментальной патологии и терапии рака (ИЭПТР) — прообраз РОНЦ, Н. Н. Блохин уже в те годы осознавал острую необходимость фундаментальных исследований по онкологии. Огромное воздействие на формирование его научного мировоззрения оказали работы, проводимые школами химического и вирусного канцерогенеза, которые возглавляли выдающиеся отечественные ученые — академики Л. М. Шабал и Л. А. Зильбер. Увлекаясь вирусной теорией происхождения опухоли, Н. Н. Блохин открывает в своем Институте несколько вирусологических лабораторий, привлекая к работе лучших специалистов-вирусологов из различных городов страны. Так, были образованы лаборатория этиологии лейкозов, которую возглавил проф. Н. П. Мазуренко, лаборатория вирусологии опухолей, руководимая проф. Г. Я. Свет-Молдавским. В 1959 г. Г. И. Дейчман при поддержке Н. Н. Блохина создает первую и единственную в то время в стране коллекцию опухолеродных вирусов. Причем первые образцы этой коллекции в том же году были привезены самим Н. Н. Блохиным из США. В дальнейшем эта уникальная коллекция, постоянно пополняемая различными штаммами опухолевых вирусов из вирусологических лабораторий СССР, Европы и США, сыграла важную роль в стимулировании работ по онковирусологии и способствовала развитию международного сотрудничества в этой области.

Следуя идеям Н. Н. Блохина, лаборатория вирусного канцерогенеза успешно занимается проблемами опухолей человека, ассоциированных с вирусами, а также вирусных маркеров, необходимых для диагностики таких новообразований, оценкой эффективности лечения и прогноза болезни. Рассматривая перспективы изучения механизмов вирусного канцерогенеза, следует сказать, что дальнейшие исследования будут, вероятно, сфокусированы на изучении онкогенного потенциала уже известных и вновь открываемых вирусов, их отдельных генов, идентификации вирусных белков, обладающих трансформирующими свойствами, изучении ключевых белков систем передачи сигналов в инфицированных вирусом клетках, анализе взаимоотношений вируса с иммунной системой хозяина, выявлении кофакторов, необходимых для реализации онкогенных потенциалов вируса, поиске удобных и чувствительных моделей *in vivo* и *in vitro* и т. д. В то же время уже сегодня можно с уверенностью сказать, что серологические и молекулярно-биологические маркеры ряда известных онкогенных вирусов являются чрезвычайно важными как для диагностики определенных новообразований человека, так и для оценки эффективности проведенного лечения, а роль этих маркеров в мониторинге онкологических больных будет постоянно возрастать.

Доклад: А. А. Клименков, С. Н. Неред.

Основные направления в изучении проблемы хирургического лечения рецидива рака желудка

Первые в РОНЦ успешные повторные операции при раке резецированного желудка были выполнены Н. Н. Блохиным в 1954—1955 гг. В условиях ограниченных возможностей анестезиологии и реаниматологии того времени выполнение сложных повторных вмешательств во многом стало возможным благодаря высокому уровню хирургического мастерства Н. Н. Блохина. В течение последующих лет в ОНЦ для хирургического лечения концентрировались больные рецидивным раком желудка из различных клиник страны. Результатом уникального по численности наблюдений опыта явилась серия монографий, статей и диссертаций, посвященных диагностике и клиническому проявлению рецидивной опухоли, проблемам хирургического и консервативного лечения.

Опыт 384 операций за 1954—2000 гг. (данные отделения абдоминальной онкологии) по поводу рецидива рака желудка, показал, что основным видом вмешательства является экстирпация оставшейся части желудка (84 % операций).

В результате совершенствования предоперационной диагностики распространенности опухоли, улучшения техники повторной операции резектабельность возросла с 37,8 до 60 %. Резектабельность существенно зависит от типа реконструкции, выполненной при первичной резекции желудка. Возможность повторной радикальной операции в случае рецидива рака желудка после резекции по Бильрот-I крайне мала (резектабельность — 25 %). Резектабельность после операции по Бильрот-II с ноздиободочным анастомозом на короткой петле составляет 45,8 %, а при использовании длинной кишечной петли, расположенной также позадиободочно, — 55,0 %. Наиболее высокий показатель резектабельности отмечен после резекции желудка по Бильрот-II с впередиободочным анастомозом на длинной петле (76,0 %).

Зависимость резектабельности от типа первичной резекции желудка объясняется особенностями расположения оставшейся части желудка. После резекции по Бильрот-I рецидивная опухоль легко прорастает в печень, головку поджелудочной железы и элементы печеночно-двенадцатиперстной связки, т. к. именно к этим анатомическим структурам прилежит оставшаяся часть желудка. После резекции по Бильрот-II с позадиободочным анастомозом последний фиксирован в брыжейке поперечноободочной кишки и рецидивная опухоль легко инфильтрирует корень брыжейки кишки и брыжеечные сосуды. После резекции по Бильрот-II с воерелнободочным анастомозом на длинной петле эта проблема не возникает. Вместе с тем поперечноободочная кишка является как бы прослойкой между возможной рецидивной опухолью и структурами забрюшинного пространства, поэтому опухоль не достигает их. Выявленная зависимость позволяет дать практические рекомендации по методике оперирования первичного рака желудка, т. е. выполнять дистальную субтотальную резекцию с гастроэюноанастомозом на длинной петле.

Среди больных, радикально оперированных по поводу раннего рецидива рака желудка, показатель 5-летней выживаемости составил 23,1 %, при позднем рецидиве — 27,3 %, более 3 лет прожили 30,8 и 54,5 % больных соответственно. Средняя продолжительность жизни среди умерших из числа оперированных по поводу раннего рецидива составила 18 мес, по поводу позднего рецидива — 30,3 мес.

Повторные операции по поводу рецидива рака желудка получили широкое распространение, а целесообразность хирургического метода уже не оспаривается. Рекомендации Н. Н. Блохина формировать в процессе первичной резекции желудка гастроэнтероанастомоз не на короткой кишечной петле, как это было принято в большинстве клиник, а на длинной получили фактическое подтверждение и оказали влияние на основополагающие принципы оперативного вмешательства при первичном раке желудка.

Доклад: В. П. Летягин.

Органосохраняющая хирургия рака молочной железы

В 1965 г. Н. Н. Блохин разработал вариант сберегающей операции при наружных локализациях рака молочной железы, аналогом которого стала квадрантэктомию. Последующие исследования (В. В. Вишнякова) доказали целесообразность подобных операций. Усовершенствование методов консервативной хирургии привело к применению еще более экономных операций, таких как лампэктомию и туморэктомию. Обязательное применение курса послеоперационной лучевой терапии значительно снижало частоту местных рецидивов и улучшало отдаленные результаты (U. Veronesi, V. Fisher). Применение комбинированного химиолучевого метода позволило отказаться от радикальной мастэктомии по Холстеду и выполнять модифицированные радикальные мастэктомии с сохранением грудных мышц (операции Пейти и Маддена). Они применяются в РОНЦ с 1981 г.

В основе исследования — отдаленные результаты лечения 5505 больных раком молочной железы, прослеженных в сроки 1980—1994 гг. Выбор лечения определялся стадией опухоли, ее локализацией, менопаузальным статусом и возрастом, наличием или отсутствием рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли, учетом благоприятных и неблагоприятных факторов прогноза.

Хирургический метод применяется в виде модифицированных мастэктомий (Пейти и Маддена), радикальных резекций различного объема (от квадрантэктомию до туморэктомию) у больных ранними стадиями опухоли. Комбинированный метод лечения состоит из 2 компонентов, основным из которых является хирургический, дополняемый пред- и/или послеоперационной лучевой или лекарственной терапией. Комплексный метод лечения включает 3 компонента и более и применяется с обязательным неоадьювантным этапом, который может состоять из нескольких курсов химиотерапии в комбинации с лучевой или без нее. Затем следует хирургический этап, который применяется в виде того или иного типа консервативной хирургии либо в виде модифицированной мастэктомии (в ряде случаев — с первичной маммопластикой) и последующим лучевым (по показаниям) этапом. Обязательным является использование адьювантной химиотерапии. В случае положительных рецепторов эстрогенов и прогестерона применяется тамоксифен. При центральной и внутренней локализации разработан (проф. Н. С. Андросов и д-р мед. наук М. И. Нечушкин) радиохимиургический вариант с целью проведения курса внутритканевой лучевой терапии парастеральной лимфатической цепочки с помощью внедрения интрастатов в a. thoracica int. и последующим облучением методом "after loading" на аппаратах «Микроселектрон».

Частота сохраненных операций среди больных, перенесших хирургическое лечение, составила 19,9 %, комбинированное — 25,5 %, комплексное — 19,9 %.

Доклад: Е. Н. Малыгин.

Возможности реконструктивно-пластической хирургии при раке молочной железы

Модифицированная радикальная мастэктомия в модификации Пейти и Маддена в России по-прежнему является наиболее частым оперативным вмешательством, поскольку большое количество больных раком молочной железы выявляется при такой распространенности опухоли, когда выполнение органосохраняющего лечения невозможно. Женская грудь ассоциируется с сексуальностью и физической привлекательностью. Потеря железы при мастэктомии приводит к серьезным психологическим травмам, а зачастую — к необратимым изменениям в социальной жизни пациентки. Реконструкция молочной железы — важнейшее реабилитационное мероприятие, которое может выполняться как одномоментно с мастэктомией, так и быть отсрочена.

Методы реконструкции начали разрабатывать еще в эпоху радикальной хирургии молочной железы, однако термин «эстетические результаты» стал использоваться лишь начиная с 70-х годов XX в., когда были получены результаты, имеющие эстетическую ценность. Первые попытки реконструкции молочной железы в СССР были предприняты Н. Н. Блохиным в 1960-е годы. Он использовал аллопластический материал — поролоновую губку — для подкожной имплантации и замещения дефицита объема тканей после радикальной мастэктомии. Несмотря на замечательную идею использования аллопластических материалов для реконструкции молочной железы, в тот период не существовало инертных материалов, способных имитировать ткань молочной железы и не вызывающих воспаления и фиброобразования. Силиконовые эндопротезы стали широко использовать для реконструкции 10 лет спустя, однако первые, пусть неудовлетворительные, результаты не помешали в дальнейшем обеспечить поддержку Н. Н. Блохиным исследований по разработке методов реконструкции железы в отделении восстановительного лечения РОНЦ.

Современная история реконструктивных вмешательств начинается с использования силиконовых имплантатов, применения лоскута из широчайшей мышцы спины, комбинации его с имплантатами, разработки свободных лоскутов с микрохирургической техникой, создания тканевых экспандеров, разработки TRAM-лоскута, создания его различных модификаций, в первую очередь микрохирургических, а также применения других, реже используемых микрохирургических методик.

Значение современных реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы состоит в реабилитации значительного контингента онкологических больных. Учитывая онкологическую безопасность реконструкции молочной железы, необходимо признать, что современная философия лечения операбельного РМЖ не может не предлагать все возможности лечения, включая и реконструктивные процедуры. Широкий спектр методик, позволяющих выполнить реконструкцию молочной железы, способен обеспечить адекватные результаты практически у любой пациентки в случае ее желания восстановить молочную железу. Тесное сотрудничество с пластическими хирургами или самостоятельное выполнение реконструктивных операций позволяют в значительной степени увеличить долю больных, для которых потеря молочной железы не будет сопровождаться тяжелым эмоциональным стрессом, создавая условия для максимальной адаптации.

Доклад: Б. П. Матвеев, К. М. Фигурин, В. Б. Матвеев, Б. Ш. Камолов, Т. В. Марилов.

Цистэктомия при раке мочевого пузыря

Будучи блестящим хирургом, Н. Н. Блохин внес заметный вклад в разработку вопросов хирургического лечения злокачественных опухолей мочевого пузыря. Например, при опухолях яичка Н. Н. Блохин неоднократно выполнял забрюшинную лимфаденэктомию, за которую не брались другие хирурги. Впервые в РОНЦ им была произведена радикальная операция при раке правой почки с внутрикавальной опухолевым тромбом. Первая в РОНЦ радикальная цистэктомия с отведением мочи по Bricker также впервые была произведена Н. Н. Блохиным в 1977 г. Больная прожила после операции 10 лет и умерла без признаков опухоли.

В этой работе проанализированы результаты 201 цистэктомии с различными видами деривации мочи, которые были произведены в РОНЦ с 1977 по 2000 г. 194 больным радикальная цистэктомия и деривация мочи производились одномоментно. У 7 пациентов из-за тяжести состояния операция выполнялась в 2 этапа: сначала производилась двусторонняя уретерокутанеостомия, а спустя 2–3 мес. — цистэктомия. При одномоментных вмешательствах применялись операция Bricker (103), уретерокутанеостомия (41), операция Studer (20), создание тонкокишечного ортотопического мочевого пузыря по Camey-II, Hautmann (8), ректального мочевого пузыря (7), другие (15). До 1991 г. произведено 80 (40 %) операций. К этому периоду освоения техники цистэктомии относятся все операции, заканчивающиеся отведением мочи на кожу (уретерокутанеостомия) и пересадкой мочеточников в сигмовидную кишку (уретеросигмостомия). С 1991 г. эти операции больше не применяются.

Интраоперационная смертность составила 1 %. Послеоперационные осложнения развились у 99 (49,3 %) пациентов. Преобладали осложнения воспалительного характера. Математический анализ по методу Newman—Keuls test не обнаружил достоверных различий между разными типами операций ни в общей частоте осложнений, ни в частоте отдельных видов осложнений. Послеоперационная смертность составила 2,5 %.

Общая 3- и 5-летняя выживаемость после цистэктомии составила 49,2 и 44,79 % соответственно. Специфическая 3- и 5-летняя выживаемость — 67,6 и 54,7 % соответственно. Медиана выживаемости после операции составила 20,6 мес. для всей группы больных, перенесших цистэктомию. Она зависела от rTNM и соответствовала 44,8 мес. при I стадии, 18,4 мес. при II стадии, 13,3 мес. при III стадии и 6,9 мес. при IV стадии заболевания. Общая и специфическая медианы выживаемости после цистэктомии и операции Bricker составили 69,8 и 79,7 мес. после цистэктомии и уретерокутанеостомии — 33,1 и 41,1 мес. после цистэктомии и уретеросигмостомии — 20,5 и 20,5 мес. соответственно. Медиана выживаемости больных с ортотопическим мочевым пузырем не достигнута. Все больные после операции Studer живы.

Необходимо отметить, что цистэктомия при раке мочевого пузыря выполнялась преимущественно как спасительная мера, когда были испробованы все органосохраняющие методы лечения. Речь шла преимущественно о больных местнораспространенным раком мочевого пузыря. ³/₄ больных цистэктомия произведена по поводу инвазивных новообразований. Отношение к цистэктомии как к последнему рубежу лечения, по-видимому, и лежит в основе того, что за 23 года операция произведена всего 201 раз. Мы сравнили результаты применения цистэктомии с отведением мочи по

Вricker и с формированием ортотопического мочевого пузыря. Оказалось, что эти операции практически не отличаются по травматичности, операционному времени, послеоперационным осложнениям. Учитывая, таким образом, что качество жизни больных с ортотопическим мочевым пузырем выше, следует отдать предпочтение данному виду вмешательств.

Доклад: Н. А. Оборотова, А. Ю. Барышников.

Новые лекарственные формы противоопухолевых препаратов, созданных в Ронц им. Н. Н. Блохина

В НИИ ЭДиТО разработана современная лекарственная форма препарата сарколизин — «Сарколизин лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 0,02 г» (ФСП 42-0257—0), которая защищена патентом РФ (№ 2060031, 1996) и рекомендована к медицинскому применению. С целью уменьшения токсичности были синтезированы пептидные производные сарколизина: асалин — цифелин, асалеи, астирон и асамет. Эти активные противоопухолевые соединения долгое время не внедрялись в медицинскую практику из-за отсутствия рациональных лекарственных форм и нормативно-технической документации. Отобранный в эксперименте как наиболее перспективный препарат цифелин прошел долгий путь до клиники.

Цифелин — оригинальный отечественный противоопухолевый препарат, синтезированный в изученный в РОНЦ. Препарат применялся в клинике в виде «сухой распылки» для приема внутрь в монорежиме при лечении ряда опухолей, наиболее эффективен при множественной миеломе. Благодаря найденному преимуществу цифелина перед сарколизином (гораздо меньшая токсичность), препарат еще в 1967 г. был разрешен для клинического применения. Однако из-за отсутствия рациональной лекарственной формы цифелин был снят с производства и исключен из Номенклатуры Госреестра лекарственных средств СССР. Учитывая интерес клиницистов к этому препарату, были возобновлены исследования по разработке лекарственной формы для приема внутрь. В результате созданы и рекомендованы для медицинского применения таблетки цифелина. Новая лекарственная форма рекомендована для медицинского применения, находится на этапе регистрации и организации промышленного производства.

Среди отечественных платиновых производных большой интерес представляет новый препарат циклоплатам, относящийся ко II поколению платиновых комплексов. Циклоплатам синтезирован П. А. Чельцовым в лаборатории координационных соединений платиновых металлов Института общей и неорганической химии им. Н. С. Курнакова РАН и широко изучен в РОНЦ. В отношении большинства экспериментальных солидных опухолей и лейкозов *in vivo* он значительно активнее карбоплатина. Существенное преимущество его перед цисплатином выявили на экспериментальных гемобластозах и асцитных опухолях: лейкозе L1210, плазмоцитоме МОРС406 и гепатоме 22а. Важным положительным свойством является его эффективность в отношении опухолей с приобретенной устойчивостью к цисплатину и целому ряду наиболее активных цитостатиков: нитрозометилмочевине, бисхлорэтилнитрозомочевине, сарколизину и винкристину.

Циклоплатам разрешен для медицинского применения при раке яичника, мезотелиоме плевры и множественной миеломе, при диссеминированном гормонрезистентном раке предстательной железы. Благодаря применению циклоплатам удается добиться контроля роста опухоли у больных

раком шейки матки и мочевого пузыря. Препарат применяется как в качестве 1-й, так и 2—3-й линиях химиотерапии. Циклоплатам обладает умеренной токсичностью. Выявленный в клинике широкий спектр противоопухолевого действия и отсутствие нефро-, ото- и нейротоксичности позволяют надеяться на широкое применение циклоплатам в будущем.

Исследование соединений из класса нитрозоалкилмочевин привело к созданию оригинального отечественного препарата араноза. Лекарственная форма «Араноза лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 0,5 г» разрешена для медицинского применения, зарегистрирована в Государственном реестре лекарственных средств, налажено промышленное производство. Оригинальный отечественный препарат лизомустин (нитруллин) синтезирован в Институте органического синтеза РАН. Лекарственная форма «Лизомустин лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 0,1 г», разработанная в РОНЦ, разрешена для медицинского применения и промышленного выпуска. Большой интерес представляет воспроизведенный препарат митоксантрон (новантрон), относящийся к классу антрацендионов. Лекарственная форма «Митоксантрон лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 0,02 г» разработана в РОНЦ, разрешена для медицинского применения и промышленного выпуска.

Доклад: Н. И. Переводчикова.

Реализация идей н. н. Блохина в современной химиотерапии опухолевых заболеваний

Н. Н. Блохин сразу же поддержал принципиально новое направление исследований, которым была химиотерапия во времена первых публикаций о противоопухолевой активности хлорэтиламинов (азотистых аналогов иприта — Gilman & Phillips, 1946). В возглавлявшейся им небольшой клинике ИЭПТРАМН СССР началось систематическое клиническое изучение новых противоопухолевых препаратов, созданных в лаборатории Л. Ф. Ларионова. Доклад Н. Н. Блохина о результатах клинических испытаний сарколизина на сессии АМН СССР в 1956 г., а также доклады на международных конференциях в Осло (1957) и в Лондоне (1958) были первыми сообщениями о чувствительности герминогенных опухолей яичка к цитостатикам.

С появлением новых противоопухолевых препаратов и развитием методов комбинированной терапии расширялись возможности лечения опухолевых заболеваний. Н. Н. Блохин непосредственно руководил работами по лечению больных раком молочной железы, в частности исследованиями по гормонотерапии этой опухоли.

До 1970-х годов гормонотерапия рака молочной железы строилась на выключении эстрогенных влияний на опухоль с помощью аблативной гормонотерапии (овариэктомия, адреналэктомия, гипофизэктомия) и использования синтетических аналогов стероидных гормонов — андрогенов и эстрогенов. Работы О. В. Святухиной были посвящены возможностям гормонотерапии рака молочной железы на поздних стадиях заболевания. Однако достижение клинического эффекта у 25—30 % больных было возможно лишь при выраженных побочных проявлениях, обусловленных физиологическим эффектом половых гормонов. Открытие рецепторов стероидных гормонов и создание антиэстрогенов — селективных модуляторов рецепторов эстрогенов — в 1970-х годах было первым принципиально важным шагом в разработке методов современной лекарственной терапии, основанных на

достижениях молекулярной биологии. Определение рецепторов стероидных гормонов в опухоли позволяет прогнозировать ответ на гормонотерапию. Если у больных с неизвестным рецепторным статусом частота ответа на гормонотерапию колеблется в пределах 25–35 %, то при содержании рецепторов эстрогенов в опухоли более 10 фм/мг белка частота объективных эффектов возрастает до 40–50 %, в то время как при эстроген-рецепторотрицательных опухолях она не превышает 10 %. В принципе современная гормонотерапия по-прежнему строится на исключении стимулирующего рост опухоли влияния эстрогенов, однако при этом используются препараты направленного действия, не обладающие нежелательным эффектом природных гормонов. Основные препараты, используемые в современной гормонотерапии, — суперагонисты LH-RH, применяемые для выключения функции яичников у женщин в менопаузе, антиэстрогены, в т. ч. SERM — селективные модуляторы рецепторов эстрогенов (тамоксифен и торемифен) и SERD — селективные ингибиторы рецепторов эстрогенов (фазлодекс), ингибиторы ароматазы — нестероидные (летрозол, анастрозол и др.) и стероидные (лентарон и экзаместан), прогестины (мегестрол и провера), а также не получившие пока широкого применения антипрогестины. Рациональное последовательное применение антиэстрогенов, ингибиторов ароматазы, прогестин у больных с рецептор-положительным раком молочной железы при медленном течении опухолевого процесса особенно в отсутствие висцеральных метастазов позволяет в течение длительного времени контролировать рост опухоли, сохраняя вполне удовлетворительное качество жизни.

Современный подход к лечению больных раком молочной железы включает использование адъювантной химио- и гормонотерапии у больных на ранних стадиях заболевания и применение химио- и гормонотерапии на поздних стадиях при метастатическом и местнораспространенном раке молочной железы.

Наибольшей противоопухолевой активностью при раке молочной железы (до 63–68 % для препаратов 1-й линии и до 43–44 % — 2-й) обладают доксорубин и таксаны (таксол и таксотер). Различный механизм действия и отсутствие перекрестной резистентности между антрациклинами и таксанами позволяют использовать их в комбинациях и последовательно в случае возникновения устойчивости к одному из них.

Современная химиотерапия, не излечивая больных метастатическим раком молочной железы, позволяет получить выраженный клинический эффект у 60 % больных, продлевая безрецидивный период. Медиана выживаемости больных метастатическим раком молочной железы за последние 10 лет увеличилась с 18–24 до 24–36 мес, около 5 % больных живут более 5 и даже 10 лет.

В таблице представлены важнейшие из современных противоопухолевых препаратов, созданные в течение 60 лет и не потерявшие своего значения до настоящего времени.

1940–1949 гг. Хлорэтиламины, синтетические аналоги природных стероидных гормонов 1950–1959 гг. Сарколизин, допан, хлорамбуцил, антиметаболиты (6-МП, МТХ) 1960–1969 гг. 5-фторурацил, эндоксан, тиофосфамид, актиномицины, митомицин С 1970–1979 гг. Антрациклины (доксорубин), винкаалкалоиды (винкристин, винбластин), нитрозопроизводные антиэстрогены (тамоксифен) 1980–1989 гг. Производные платины, эпиподофиллотоксины, LH-RH агонисты (золадекс), цитокнины 1990–1999 гг. Таксаны (таксол, таксотер), ингибиторы топоизомеразы (кампто, топотекан), навельбин, гемцитабин, кселода, климта, оксалиплатин. Ингибиторы ароматазы (летро-

зол, анастрозол). Индукторы дифференцировки (АТРА) XXI в. Молекулярно нацеленные препараты герцептин, мабтера, гливек (STI571). Это алкилирующие агенты (хлорэтиламины, этиленимины, нитрозопроизводные, препараты платины), антиметаболиты, антибиотики, препараты, действующие на митотический аппарат клетки (винкаалкалоиды, таксаны, эпиподофиллотоксины). В 90-х годах XX века в практику практически одновременно вошли таксаны (таксол и таксотер), ингибиторы топоизомеразы I (кампто и топотекан), новые винкаалкалоиды (навельбин), новые антиметаболиты (гемцитабин, кселода, алипта), новые производные платины (оксалиплатин). Вместе с препаратами прошлых лет они образуют базовый арсенал современной противоопухолевой химиотерапии.

На рубеже XX и XXI вв. успехи молекулярной биологии создали базу для получения принципиально новых молекулярно нацеленных препаратов. Около 300 препаратов, имеющих своей мишенью онкогены, системы передачи сигнала, процессы дифференцировки, апоптоза и ангиогенеза, в настоящее время проходят изучение. В клиническую практику уже вошел герцептин — гуманизованное моноклональное антитело к рецептору эпидермального фактора роста EGFR — HER-2/neu, с успехом применяемый в терапии HER+ рака молочной железы. Этот препарат в настоящее время реально используется при лечении больных метастатическим раком молочной железы и изучается как возможный элемент адъювантной терапии. Практическое применение при лечении неходжкинских лимфом получила мабтера (ритуксимаб) — химерное анти-CD20 моноклональное антитело, связывающееся с трансмембранным антигеном CD20 нормальных и злокачественных В-лимфоцитов, индуцируя антителозависимую цитотоксичность и запуская апоптоз. Препарат гливек (STI571) — ингибитор передачи сигнала — направленно работает при хроническом миелолойкозе, вызывая не только клиническую, но и цитогенетическую ремиссию. Гливек также имеет противоопухолевую активность при гастроинтестинальных стромальных опухолях. Практическое применение в онкогематологии получили индукторы дифференцировки — производные ретиноевой кислоты и ее аналогов. АТРА (полностью трансретиноевая кислота), вызывая дифференцировку миелобластов, дает стойкие ремиссии при остром промиелоцитарном лейкозе.

Эти препараты имеют конкретную молекулярную мишень. Они требуют новых методов отбора и клинического изучения, т. к. принципиально отличаются от цитостатиков прошлого века. Можно надеяться, что, сохранив лучшие препараты прошлого и дополнив их новыми молекулярно нацеленными препаратами, химиотерапия XXI в. сможет значительно расширить возможности лечения онкологических больных. Последние данные о результативности новых молекулярно нацеленных препаратов подтверждают обособанность того интереса и внимания, которые Н. Н. Блохин проявлял к фундаментальным исследованиям в онкологии. Будучи клиницистом, он высоко ценил и всячески поощрял фундаментальные исследования в области экспериментальной онкологии, развитие которых определяет общее состояние медицины.

Доклад: В. Ю. Сельчук.

Вклад Н. Н. Блохина в проблему диагностики и лечения забрюшинных опухолей

В Институте экспериментальной и клинической онкологии были разработаны и внедрены в практику методики обследо-

ния больных забрюшинными опухолями. Применялись выделительная урография и ретропневмоперитонеография, в последующем замененные УЗИ, КТ, МРТ. Для уточняющей диагностики ныне успешно применяются ангиография, пункция опухоли под УЗ-контролем. Н. Н. Блохин разработал принципы современного хирургического лечения: удаление забрюшинной опухоли должно проводиться «широко в связи с частой мультицентричностью опухолевых зачатков», кровопотеря не может служить основанием для отказа от попытки удаления новообразования. Впервые в стране Н. Н. Блохин начал удалять забрюшинные опухоли с одновременным удалением полых и паренхиматозных органов, резекцией нижней полой вены, аорты, подвздошных сосудов. Удаление забрюшинных опухолей нередко сопровождалось массивными кровопотерями. Во времена активной хирургической деятельности Н. Н. Блохина противодействие осложнениям заключалась в быстром удалении опухоли и тщательном интраоперационном гемостазе. При этом в практику были внедрены двусторонняя перевязка внутренних подвздошных сосудов при опухолях таза и предоперационная эмболизация опухолевых сосудов с помощью ангиографии.

В настоящее время хирургические принципы борьбы с кровотечениями остаются прежними. Кроме того, существенно возросли возможности реанимационно-анестезиологического обеспечения. Применяется аппарат Cell-Saver, позволяющий при обильных кровотечениях возвращать из операционной раны в кровяное русло форменные элементы. Используются эффективные биологические материалы для борьбы с интраоперационным паренхиматозным кровотечением — пластины «Тахокомб». Прогресс в хирургии забрюшинных опухолей позволил значительно расширить показания к операциям, улучшить непосредственные и отдаленные результаты.

Протокол заседания № 489, 6 пом 2002 г.

Лазерная терапия в онкологии

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд мед. наук С. М. Волков.

Доклад: Р. К. Кабисов.

Концептуальные основы лазерной терапии в онкологии

МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

Достижения современной электроники и оптики привели к возникновению и развитию новой отрасли — низкоинтенсивной лазерной терапии. Лазерную терапию можно использовать в различных областях медицины. Опыт применения лазера более чем у 10 000 больных позволил определить следующие методические принципы лазерной терапии в онкологии: для профилактики и лечения лучевых повреждений, для устранения различных осложнений в послеоперационном периоде, для модификации лечебных воздействий, для оказания паллиативной помощи. Можно утверждать, что лазерная терапия у онкологических больных является клинически эффективной и патогенетически обоснованной. Она может применяться на разных этапах комбинированного лечения, для реабилитации и паллиативной помощи.

Доклад: В. В. Мещерикова.

Низкоинтенсивные лазеры и лучевая терапия (экспериментальное исследование)

РОНЦ им. Н. Н. Блохина

Современные режимы лучевой терапии, использующие большие ежедневные дозы, могут сопровождаться быстрым

развитием лучевого повреждения прилежащих тканей. Снижение тяжести лучевых реакций или отдаление их развития улучшает переносимость лучевого воздействия, позволяет избежать перерывов в лечении, вызываемых острыми реакциями, и дает возможность повысить эффективность лучевой терапии.

Целью работы являлось изучение эффективности применения различных режимов воздействия лазера при лечении лучевых реакций в эксперименте на животных: их кожа подвергалась однократному рентгеновскому облучению в дозах 30—36 Гр или фракционированному облучению в дозе 45 Гр. В целях профилактики лучевых повреждений на зону облучения начинали воздействие инфракрасным полупроводниковым лазером «МИЛТА-01». Воздействие проводили 5 раз в неделю в течение 2 нед., варьировали частоту работы лазера, а также длительность и время начала воздействия относительно момента рентгеновского облучения. Тяжесть лучевых реакций оценивали в относительных единицах в течение 30—50 дней от начала процедур. Воздействие инфракрасным лазером позволило существенно снизить тяжесть лучевых реакций. Например, после однократного облучения в дозе 36 Гр максимальная тяжесть реакции достигала 2,1 ед., а длительность проявления — 30 дней; после лечения лазером максимальная тяжесть снижалась до 0,6 ед., а длительность их проявлений составляла 20 дней. Эффективность применения лазерного воздействия оказывалась выше в тех случаях, когда оно начиналось до развития лучевых реакций.

Заключение. Воздействие лазера уменьшало тяжесть лучевых реакций кожи, которое при определенном режиме применения соответствовало двукратному снижению дозы рентгеновского облучения. Внедрение метода в клиническую практику РОНЦ подтвердило эффективность проведенных экспериментальных исследований.

Доклад: С. А. Балакирев, Л. И. Гусев, А. А. Усеинов.

Низкоинтенсивные лазеры в онкологии

НИИ детской онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Низкоинтенсивное лазерное излучение может найти разнообразное применение в онкологии, в частности для устранения осложнений химиолучевой терапии у детей, леченных по поводу злокачественных новообразований. Применение лазера с этой целью дает возможность сократить сроки лечения осложнений в 1,5—2 раза. Проводятся исследования лечения других осложнений, часто встречающихся в онкологической практике.

Механизм действия лазерного излучения заключается в следующем. Вследствие поглощения энергии света процессы жизнедеятельности получают лучшее энергетическое обеспечение. Способ воздействия лазерного излучения на организм зависит от вида и локализации патологического процесса. Различают лазерную рефлексотерапию (воздействие излучения на точки акупунктуры), наружное (чрескожное), внутрисполостное воздействие и лазерное облучение крови.

Низкоинтенсивное лазерное излучение оказывает противовоспалительное, иммунокорректирующее, обезболивающее действия, способствует заживлению ран. Лазерное излучение используется в лечении стоматитов, воспалительных явлений носоглотки, флебитов, длительно незаживающих послеоперационных ран, пролежней, постлучевых реакций кожи и слизистых оболочек.

Протокол заседания № 490, 26 сентября 2002 г.

Хирургия рака молочной железы

Председатель — проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Демонстрация-доклад: А. Н. Махсон, А. С. Бурлаков, И. В. Кузьмин, М. С. Абрамович.

Хирургия костных метастазов в лечении больных раком молочной железы

Московская городская онкологическая больница № 62

В 1970—1999 гг. оперировано 166 больных с костными метастазами, в т. ч. 43 (26 %) с метастазами рака молочной железы. У 12 (27,9 %) пациентов имелся солитарный метастаз. Показаниями к хирургическому лечению при метастазах в длинных трубчатых костях считались: 1) солитарный метастаз; 2) множественные метастазы при наличии патологического перелома или угрозе его возникновения. Чаще выполняли резекцию суставного конца кости с эндопротезированием (19), реже — металлоостеосинтез (7). При солитарных метастазах 3 года жило 90,9 % больных, при множественных — 39,9 %. 22 больным удалось провести повторные курсы лекарственного и гормонального лечения. Средняя продолжительность жизни оперированных составила 20,8 мес. При наличии солитарных метастазов этот показатель достиг 44 мес, при множественных — 14,9 мес. В большинстве случаев удалось устранить болевой синдром и частично восстановить функцию пораженной конечности. Средняя продолжительность жизни статистически достоверно не зависела от наличия патологического перелома.

Демонстрация-доклад: А. С. Бурлаков.

Восстановительная хирургия в лечении больных раком молочной железы

Московская городская онкологическая больница № 62

Оперирована с применением методов реконструктивно-пластической хирургии 251 больная в возрасте от 18 до 65 лет. У 198 больных восстановительный этап выполнен с целью воссоздания объема молочной железы после радикального лечения: эндопротезирование (2), разворот торакодорсального лоскута с эндопротезированием (14), разворот поперечного лоскута из передней брюшной стенки живота (TRAM) на ножке (24), пересадка поперечного лоскута из передней брюшной стенки на микроанастомозах (свободный TRAM-лоскут) (155), одновременно два свободных TRAM-лоскута для двусторонней реконструкции (3). У 53 женщин реконструкция была частью паллиативного лечения, выполнялась для улучшения качества жизни. У 53 реконструкция была частью паллиативного лечения, выполнялась для улучшения качества жизни: разворот торакодорсального лоскута (4), разворот поперечного лоскута из передней брюшной стенки живота (TRAM) на ножке (12), пересадка поперечного лоскута из передней брюшной стенки на микроанастомозах (1), пересадка малоберцовой кости на микроанастомозах (2), эндопротезирование (31), разворот большого сальника на сосудистой ножке (3). Таким образом, современные методы восстановительной хирургии позволили быстро и эффективно реабилитировать больных раком молочной железы без ущерба для онкологического этапа лечения. Рациональное применение реконструктивных операций дает возможность обеспечить приемлемое качество жизни, в т. ч. и после удаления запущенных распадающихся и метастатических опухолей.

Доклад: В. П. Лелягин, Е. М. Погодина, И. В. Высоцкая, В. М. Иванов, Е. Б. Полевая, И. К. Воротников.

Органосохраняющая хирургия рака молочной железы РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

В отделении опухолей молочных желез РОНЦ изучены результаты лечения 5505 больных раком молочной железы,

прослеженных в сроки 1980—1994 гг. Частота сохранных операций среди больных, получивших хирургическое лечение, составила 19,9 %, комбинированное — 25,5 %, комплексное — 19,9 %. Карцинома *in situ* наблюдались у 53 больных. Из 18 больных протоковым раком *in situ* произведена радикальная мастэктомия с сохранением грудных мышц у 9 человек, секторальная резекция — у 5, секторальная резекция с последующей лучевой терапией — у 4. Из 14 больных дольковым раком *in situ* выполнена радикальная мастэктомия с сохранением грудных мышц у 4 пациентов, секторальная резекция + лучевая терапия — у 8 и секторальная резекция — у 2. Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость при протоковом раке составили 90,5 и 83,3 %, при дольковом раке — 84,6 и 84,6 %, а при раке Педжета — 94,8 и 90,9 % соответственно. Наиболее эффективной методикой лечения при дольковом раке *in situ* следует считать секторальную резекцию с последующей лучевой терапией, а при протоковом раке Педжета предпочтительным вариантом является радикальная мастэктомия с сохранением грудных мышц.

При I стадии (T¹N⁰M⁰) рака молочной железы (867 пациенток) хирургический метод применен у 508 (58,6 %) больных, причем сохранные операции выполнены 103 (20,3 %) пациенткам, а радикальная мастэктомия — 405 (79,7 %). Комбинированное лечение проведено 327 больным, радикальная резекция выполнена у 187 (57,2 %). При комплексном лечении (радикальная резекция, послеоперационная лучевая и адъювантная химиогормонотерапия) радикальные резекции выполнены у 14 (49,8 %) из 32 больных. При этом 5- и 10-летняя общая выживаемость составила 100 %, а безрецидивная 91,6±7,9 %. Местных рецидивов выявлено 3 %. Без послеоперационного облучения при органосохранном лечении, несмотря на системную адъювантную терапию, увеличивалось число локальных рецидивов до 25 % и достоверно снижались показатели 5- и 10-летней общей и безрецидивной выживаемости (5-летняя общая — 83,3±10,7 %, безрецидивная — 63,6±15,3 %). 10-летние результаты составили: 75,0±12,5 % — общая выживаемость и 63,6±15,3 % — безрецидивная.

При IIa стадии рака молочной железы (1369 пациентов) хирургический метод применен у 593 (43,3 %) больных, причем сохранные операции выполнены у 123 (20,7 %) пациенток, а радикальная мастэктомия — у 470 (79,3 %). Среди 517 больных, подвергнутых комбинированному лечению, радикальная резекция выполнена в 145 (28,0 %) случаях. Комплексное лечение (259) позволило у 129 (49,8 %) больных выполнить радикальную резекцию. Иными словами, широкое внедрение всех современных методов лекарственной и лучевой терапии позволяет почти у 50 % больных со IIa стадией выполнить радикальную резекцию. Достоверное снижение отдаленных результатов (5-летняя общая выживаемость — 88,4±2,4 %, а безрецидивная — 82,5±3,0 %; 10-летняя общая и безрецидивная выживаемость — 81,6±2,6 и 77,9±3,2 % соответственно) отмечено у больных с поражением хотя бы одного регионарного лимфатического узла. Увеличение числа метастатических лимфатических узлов значительно ухудшало прогноз. Больных со IIb стадией было 1502 (27,3 %), причем чисто хирургическое лечение проведено лишь у 56 (3,7 %), а у остальных 1446 операция являлась компонентом комплексного или комбинированного лечения. Адъювантная терапия проведена в 1382 (92,0 %) случаях. Системное адъювантное лечение — у 1331 (88,6 %) больных, гормонотерапия антиэстрогенами (тамоксифен по 20 мг/сут) — у 677 (49,0 %). У менструирующих больных гормонотерапия начиналась

после овариэктомии или лучевой кастрации. При этом следует подчеркнуть, что выполнение радикальной резекции стало возможным у 215 (19,2 %) больных после проведенного неoadьювантного лекарственного этапа. Основным типом оперативного этапа в этой стадии болезни остается радикальная мастэктомия с сохранением грудных мышц. При изучении отдаленных результатов 5- и 10-летнего безрецидивная выживаемость после хирургического лечения составили 81,4 и 71,4 %, после комбинированного — 87,0 и 76,6 %, комбинированного — 76,3 и 63,6 % соответственно.

Для больных с T³N⁰M⁰ стадией рака маточной железы наиболее эффективным следует считать комбинированный метод лечения с предоперационной лучевой терапией крупными фракциями и последующей радикальной мастэктомией с сохранением обеих грудных мышц. Неoadьювантную химиотерапию целесообразно сочетать с последующим выполнением радикальной резекции железы и послеоперационной лучевой терапией. По поводу III стадии рака молочной железы наблюдалось 1714 больных. Лечение, как правило, начиналось с неoadьювантного этапа, который состоял из лучевой, химиотерапии или их сочетания. В случае возможности радикальной резекции после эффективной химиотерапии лучевая терапия проводилась в послеоперационном периоде. Среди 1714 больных с III стадией заболевания 286 (16,9%) пациенток составили группу распространенности T²N²M⁰, которая представляет интерес в плане изучения возможностей органосохраняющей хирургии. Все больные получали неoadьювантную терапию антрациклинами или лучевую в сочетании с химиотерапией различными препаратами, что привело к существенному уменьшению размеров первичной опухоли и метастазов, позволило 147 (50,9 %) пациенткам выполнить радикальную резекцию с последующей адьювантной химиотерапией. Отдаленные результаты лечения свидетельствуют о достаточно высокой эффективности комплексных методов лечения в сочетании с сохраненными оперативными вмешательствами при III стадии рака молочной железы. Однако основным типом операции при III стадии остается радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц. Дальнейшее совершенствование методов неoadьювантной терапии, возможно, позволит более широко использовать консервативную хирургию при данной распространенности опухоли. Развитие и совершенствование лекарственных, лучевых и гормональных методов лечения позволяют шире внедрять в практическую деятельность онкологических учреждений варианты органосохраняющей хирургии.

Протокол заседания № 491, 15 октября 2002 г.

Вопросы онкоморфологии

Заседание посвящено памяти профессора Н. А. Краевского (1905-1985).

Председатель — проф. А. И. Пачес

Секретарь: канд. мед. наук И. Н. Пустынский.

Доклад: И. Н. Соколова.

Вопросы классификации и диагностики эпителиальных опухолей почечной паренхимы

Лаборатория патологической анатомии опухолей РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Цель доклада — ознакомить отечественных морфологов с Международной классификацией опухолей почек (1998), а также обсуждение спорных положений, которые определились за время работы с этим документом.

Одним из наиболее важных факторов, влияющих на прогноз заболевания (после стадии процесса), является степень

злокачественности (степень клеточной грации). Сложность дифференциальной морфологической диагностики между доброкачественными и злокачественными новообразованиями наиболее демонстративна при выборе между онкоцитомой и хромофобным раком. Все описанные в литературе случаи так называемой злокачественной онкоцитомы на самом деле соответствуют хромофобному или гранулярноклеточному раку. Решающим в диагнозе нередко может быть отсутствие в клетках онкоцитомы обилия микровезикул. При метанефрогенной аденоме (опухоль из канальцев типа эмбриональных и, часто, миксоидной стромы) возможно озлокачествление по типу либо нефробластомы, либо почечноклеточного рака. Светлоклеточный рак наиболее часто (до 80 %) встречается среди почечноклеточных опухолей. Впервые описан Grawitz (1883). Опухоль имеет вид сливающихся узлов, пестрого вида, с кистообразованием, кровоизлияниями, некрозами. Могут наблюдаться опухолевые эмболы в почечных сосудах, нижней полой вене. Микроскопически опухоль представлена солидными, альвеолярными, тубулярными, папиллярными, трабекулярными и кистозными структурами. Предполагается происхождение этого рака из клеток проксимальных канальцев. В 3–5 % случаев отмечается саркоматозная трансформация. Опухоль может быть двусторонней, чаще встречается в молодом возрасте.

Практика применения Классификации ВОЗ свидетельствует о целесообразности внесения в нее изменений, что будет способствовать улучшению морфологической диагностики. Наши предложения следующие:

1. Гранулярноклеточный рак и рак, ассоциированный с кистой, являются разновидностями светлоклеточного рака.
2. Веретенноклеточный рак также является не отдельной нозологической формой, а результатом саркоматозной трансформации других вариантов злокачественных почечноклеточных опухолей.
3. Рак из собирательных трубочек следует считать обобщающим определением для структурно сложной группы опухолей.
4. При одной и той же степени клеточной грации злокачественность снижается последовательно в ряду светлоклеточный—папиллярный—хромофобный рак.

Доклад: В. Б. Матвеев, Б. П. Матвеев, М. И. Волкова, К. М. Фигурин, Б. В. Бухаркин, В. А. Романов.

Факторы прогноза при почечноклеточном раке

Отделение онкоурологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Выделение факторов прогноза заболевания позволяет оптимизировать тактику лечения. Стадия опухолевого процесса является наиболее значимым фактором. При опухолях, ограниченных почкой (T¹⁻²), прогноз наиболее благоприятный. Инвазия опухоли за пределы капсулы (T^{3_a}) уменьшает выживаемость на 5–10 %, опухолевый тромбоз почечной и нижней полой вен (T^{3b_c}) — на 25 %. При поражении лимфатических узлов и отдаленных метастазах 5-летняя выживаемость составляет 5–30 и 2–10 % соответственно. Морфологические признаки клеточного ядра являются факторами прогноза, занимающими 2-е место по значимости после стадии заболевания. Отмечена корреляция между продолжительностью жизни и ядерным индексом: 5-летняя выживаемость при опухолях G¹ составляет 76 %, G² — 72 %, G³ — 51 %, G⁴ — 35 %. В исследованиях подтверждается прогностическое значение ядерной морфометрии: выявлена зависимость выживаемости от размера ядра, количества и размеров ядрышек; показано достоверное различие выживаемости

при диплоидных и анеуплоидных опухолях I—II стадии. Выживаемость больных диссеминированным раком почки достоверно больше при диплоидных, чем при анеуплоидных опухолях. Митотический индекс также имеет прогностическое значение при всех формах рака почки за исключением хромофобного типа. Короткое время удвоения опухоли ассоциировано с плохим прогнозом.

Генетические факторы. В 1996 г. была принята классификация, выделяющая 4 формы почечноклеточного рака, для каждой из которых характерны специфические генетические альтерации, обуславливающие различное клиническое течение: 1) традиционный (не папиллярный), который характеризуется более частым инфильтративным ростом, сосудистой инвазией, более высоким метастатическим потенциалом, а также худшей по сравнению с другими формами выживаемостью; 2) папиллярный, обладающий более доброкачественным клиническим течением; 3) хромофобный, при котором выживаемость больше, а метастатический потенциал ниже, чем при папиллярной и не папиллярной формах; 4) рак собирательных протоков. Таким образом, генетические альтерации детерминируют степень агрессивности опухолевого процесса различных типов почечноклеточного рака. Кроме того, выявлена корреляция выживаемости с гиперэкспрессией генов супрессоров p53 и p15/16.

Факторы регуляции клеточного цикла. Продемонстрировано повышение уровня циклина D1, потенциально подтверждающее гиперэкспрессию и активацию данного протоонкогена в большинстве почечноклеточных опухолей. Высокое содержание циклина D1 ассоциировано с хорошим прогнозом у больных с традиционным типом почечноклеточного рака, тогда как при сниженной концентрации протеина D1 опухоли обладают более агрессивным клиническим течением.

Факторы ангиогенеза. Выявлена корреляция между уровнем VEGF сыворотки крови больных почечноклеточным раком и скоростью опухолевой прогрессии, особенно выраженную при наличии венозной инвазии. Повышенное количество тромбоцитов и высокая плотность микрососудов также являются неблагоприятными факторами прогноза при раке почки.

Наиболее значимыми факторами прогноза являются стадия заболевания, морфологические признаки клеточного ядра и генетические изменения, происходящие в опухоли.

Протокол заседания № 492, 28 ноября 2002 г.

Рак щитовидной железы. Новое в диагностике и лечении

Председатель — проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук И. Н. Пустынский.

Демонстрация-доклад: М. И. Давыдов, Е. Г. Матякин, В. Л. Любаев, С. С. Герасимов.

Хирургия рака щитовидной железы с поражением трахеи и лимфатических узлов средостения

В РОНЦ имени Н. Н. Блохина РАМН разработаны и внедрены в клиническую практику оперативные вмешательства с применением комбинированного трансцервикального доступа, позволяющего одновременно манипулировать на структурах шеи и средостения, в частности, при раке щитовидной железы выполнить резекцию трахеи с лимфодиссекцией верхнего средостения. За 1986—2002 гг. оперировано 25 больных по поводу рака щитовидной железы с распространением на трахею и метастазами в лимфатические узлы верхнего средостения. Операции выполнены в объеме тиреоидэктомии с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи

и лимфодиссекцией верхнего средостения. При этом также выполнены резекции трахеи до 9 колец (у 6 больных); трахеи и пищевода; трахеи, пищевода и глотки с ларингэктомией. Операции завершались формированием межтрахеального анастомоза (6) либо трахеостомы, эзофаго- и фарингостомы. В послеоперационном периоде из-за несостоятельности швов межтрахеального анастомоза умерло 2 больных (от медиастинита и аррозивного кровотечения); еще 2 умерло от отдаленных метастазов через 1 и 2 года после операции; 21 (80 %) больной наблюдаются от 1 до 5 лет.

Клинический пример. Больному, 49 лет, в 1971 г. выполнена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу рака в ином медучреждении. В последующем оперирован в 1980 и в 1986 гг. по поводу рецидивов с послеоперационной лучевой (СОД = 30 Гр) и химиотерапией (13 курсов). В 1991 г. в РОНЦ выявлен повторный рецидив на шее и в верхнем средостении: яремная вырезка грудины заполнена опухолью, на рентгенограммах просвет трахеи сужен до 1 см, дополнительный опухолевый узел на задней стенке трахеи. Ретротрахеальное пространство расширено. Оперирован 16.07.1991 г. в объеме удаления оставшейся части щитовидной железы, с резекцией верхней трети трахеи, пищевода, глотки, ларингэктомией, лимфодиссекцией верхнего средостения и формированием трахео-, фаринго-, эзофагостомы. 11.09.1991 г. выполнена комбинированная пластика фарингоэзофагостомы местными тканями и кожно-мышечным лоскутом из большой грудной мышцы слева на сосудистой ножке; а 28.11.1991 г. — пластика фарингостомы местными тканями. Послеоперационный период протекал без осложнений. Остается под наблюдением без признаков прогрессирования опухоли.

Доклад: В. Ж. Бржезовский, В. Л. Любаев, А. И. Пачес, Е. А. Смирнова, Р. Ф. Гарькавцева, Т. Т. Кондратьева.

Состояние диагностики и лечения при медуллярном раке щитовидной железы

В 1968-1997 гг. в РОНЦ наблюдалось 195 больных медуллярным раком щитовидной железы. Из них 134 были госпитализированы по поводу первичных опухолей, а 61 — с проявлениями прогрессирования после лечения, проведенного в иных лечебных учреждениях. Соотношение мужчин и женщин составило 1,0:1,5, возраст больных — от 14 до 75 лет, наиболее часто заболевание выявлялось в 40—60 лет. Диагностика заболевания проводилась комплексно, с применением клинических, цитологических, ультразвуковых, радионуклидных, рентгенологических и гистологических исследований. Обнаружено 8 различных вариантов строения опухоли, но в прогностическом плане ни гистологический вариант строения, ни степень атипичии опухолевых клеток, ни наличие или отсутствие амилоидоза стромы не оказывали существенного влияния на прогноз. При электронной микроскопии выявлялось 2 группы клеток — ультраструктурно дифференцированные (с цитоспецифическими признаками С-клеточной дифференцировки) и недифференцированные (без этих признаков). Прогноз заболевания был тем благоприятнее, чем больше ультраструктурно дифференцированных клеток содержалось в опухоли. Эту морфологическую форму также отличала высокая частота регионарного метастазирования: метастазы были обнаружены у 76 % больных: в 17,9 % случаев наблюдалось метастазирование в лимфатические узлы шеи с двух сторон и/или лимфатические узлы средостения.

Хирургическое лечение по поводу первичных опухолей проведено 86 больным, комбинированное — 48. При этом I

стадия диагностирована у 5 больных. II стадия — у 24, III стадия — у 57. Частота стадий составила 5.8, 28.0 и 66.2 % соответственно. При комбинированном лечении у 3 (6.2 %) больных была II стадия, у 45 (93,8 %) — III. При опухолях выполнялась гемитиреоидэктомия с удалением перешейка, при T² — субтотальная резекция щитовидной железы, при T(3_4) — тиреоидэктомия. В зонах регионарного метастазирования производилось фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи или операция Крайла (в зависимости от распространенности процесса). Комбинированное лечение включало предоперационный (у 7 пациентов) или послеоперационный (у 41) курс лучевой терапии в дозе 30—60 Гр. Следует отметить, что 10-летняя выживаемость больных III стадией заболевания при хирургическом лечении составила 51,0 %, при комбинированном — 48.6 % ($p > 0,05$). Таким образом, проведение лучевой терапии не улучшило отдаленные результаты.

Вполне обосновано выполнение органосохраняющих (функционально-щадящих) операции на щитовидной железе при ограниченных процессах (T¹_2N⁰M⁰). Показанием к тиреоидэктомии мы считаем распространенные опухоли на перешеек щитовидной железы, подозрение на мультицентрический характер роста опухоли, а также ее наследуемые формы. Прогноз определяется преимущественно состоянием лимфогенного метастазирования. 43 больным выполнено превентивное удаление пре- и паратрахеальной клетчатки (центральная шейная диссекция) одновременно с операцией на щитовидной железе. В 17 (39%) случаях выявлены метастазы рака в лимфатических узлах.

Следует особо отметить, что в результате комплексного клиничко-генетического изучения 50 семей, в которых выявлены больные, были разработаны критерии, позволяющие идентифицировать наследственные варианты медулярного рака. В группе риска рассматривались родственники больных с наличием у них марфаноподобного фенотипа, феохромоцитомы или других эндокринопатий; с повышенным содержанием кальцитонина (более 10 нг/мл) и РЭА (0,15 ммоль/л); с мутациями протоонкогена RET. Такое обследование родственников позволяло диагностировать предрасположенность к возникновению медулярного рака у родственников и включать их в группу генетического риска для динамического наблюдения и решения вопроса о профилактической тиреоидэктомии. В нашем исследовании у 2 больных семейной формой медулярного рака выявлена мутация в протоонкогене RET при отсутствии клинических проявлений опухоли (она также не определялась инструментальным обследованием). Однако генетические изменения были расценены как достаточно аргументированное показание к тиреоидэктомии. При гистологическом исследовании удаленной железы в обоих случаях в ней обнаружены микрофокусы опухоли.

Таким образом, медулярный рак: 1) может возникать как спорадически, так и в результате наследуемых генетических мутаций. При этом опухоль может быть выявлена в доклинической стадии при генетическом тестировании родственников больных; 2) характеризуется различными морфологическими структурными вариантами, но лишь данные электронной микроскопии имеют прогностическое значение; 3) может быть излечен на ранних стадиях T¹⁻² выполнением органосохраняющей операции, а в стадии T^{3_4} в результате тиреоидэктомии. При этом операцию следует дополнять удалением пре- и паратрахеальной клетчатки. Назначение комбинированного лечения пока не получило статистически обоснованных преимуществ.

Доклад: В. Г. Поляков, Р. В. Шишков, А. И. Павловская.
Анализ причин повторных оперативных вмешательств и выбор объема операции при раке щитовидной железы у детей

Проведен анализ данных о 200 оперированных детях и подростках, наблюдавшихся в НИИ ДО с 1975 по 1999 г. Для анализа данных использована статистическая программа SPSS (V7,5 и V8,0) и метод регрессионно-факторного анализа. Рецидивы выявлены у 47 (23,5 %) больных, продолженный рост опухоли — у 32 (16 %). Повторно оперированы 64 (32 %) больных. Среди первично оперированных в НИИ ДО рецидив или продолженный рост опухоли был обнаружен у 25,8 % больных, а в неспециализированных лечебных учреждениях — в 63,9 % случаев. Частота рецидивов или продолженного роста после операции в объеме гемитиреоидэктомии составила 55,6 %, после гемитиреоидэктомии с истмусэктомией — 30 %, после гемитиреоидэктомии с истмусэктомией и удалением части противоположной доли — 35,7 %, после субтотальной резекции — 47,7 %, после тиреоидэктомии — 23,6 %. 66,7 % больным из-за ошибочного предоперационного диагноза требовалось выполнение повторных операций. Установлены причины повторных операций: неполное обследование, ошибки диагностики, неправильный выбор объема операции, а также выполнение операции в неспециализированном учреждении. Наибольшее влияние на возникновение рецидива оказали радикальность операции, морфологическая структура опухоли, ошибки в диагностике, наличие метастазов. Регрессионно-факторный анализ показал, что тиреоидэктомия (при любой морфологической форме) имеет значительные преимущества сравнительно с иными операциями.

Опыт НИИ ДО позволяет сформулировать следующие рекомендации:

1. Органосохраняющая операция возможна при первично диагностированном фолликулярном раке, ограниченном тканью железы (T^{1a}_3aN⁰M⁰), а при папиллярном — при монофокусной опухоли размером не более 1 см (T^{1b}_2aN⁰M⁰) медулярного рака, а также у детей при тиреоидэктомии.

2. При первичной операции на лимфатическом коллекторе шеи превентивное удаление лимфатических узлов и клетчатки шеи показано только при медулярном раке ввиду высокой агрессивности данной формы опухоли и плохого прогноза при наличии метастазов. При дифференцированном раке должно быть проведено одномоментное радикальное удаление визуально измененных лимфатических узлов и окружающей клетчатки шеи. При необходимости объем операции должен быть уточнен по результатам срочного гистологического или цитологического анализа нескольких лимфатических узлов из каждой исследованной группы.

3. При наличии рецидива или продолженного роста опухоли в железе и/или лимфатических узлах шеи во всех случаях должна быть проведена тиреоидэктомия и радикальное удаление регионарных метастазов.

Выбор объема оперативного вмешательства в соответствии с этими рекомендациями позволяет избежать нерационального характера операций на железе и лимфатическом коллекторе шеи, уменьшить количество повторных операций, снизить послеоперационные осложнения и летальность. Мы также считаем, что лечение должно проводиться только в специализированных онкологических учреждениях.

Доклад: Т. Т. Кондратьева.

Пункционная цитология в диагностике рака щитовидной железы

Узел в щитовидной железе всегда становится источником беспокойства для больного и серьезной диагностической задачей для врача — только данные о морфологическом характере изменений могут определить адекватную лечебную тактику. Избежать лечебно-диагностических ошибок позволяет обязательная тонкоигольная аспирационная пункция узла с последующим цитологическим исследованием. Информативность метода зависит от правильного забора материала и квалификации врача-цитолога. Исследование дает возможность не только определить морфологическую форму опухоли, но и ее варианты (например, фолликулярный вариант папиллярного рака или инсулярный вариант фолликулярного рака) по материалу пунктатов щитовидной железы. Чувствительность цитологического метода в выявлении злокачественности процесса, по нашим данным, составляет 95 %, т. е. метод с успехом может быть применен для скрининговых программ. Точность гистологической диагностики заболеваний щитовидной железы по пунктату различна: при папиллярном раке — 85 %, медулярном — 78 %, фолликулярном — 53 %; при аденоме — 58 %, тиреоидите — 82 %, лимфоме — 92 %.

Протокол заседания № 493, 26 декабря 2002 г.

Представление медицинской информации

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: Е. М. Аксель, В. Я. Сухачев.

Статистика злокачественных новообразований*

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Материалом исследования стали (в абсолютных числах) данные о заболевших и умерших от злокачественных новообразований в России в 1991 и 2001 гг. На основе сведений о численности населения рассчитаны общие, возрастно-половые и стандартизованные показатели заболеваемости и смертности от основных форм опухолей. Компьютерный анализ проведен современными методами медицинской и демографической статистики по специальным программам.

В России в 2001 г. выявлено 451 300 тыс. больных, у которых впервые в жизни был установлен диагноз злокачественного новообразования. Среди мужчин наиболее часто зарегистрирован рак легкого (24 %), желудка (12,4 %), предстательной железы (5,9 %), ободочной (5 %) и прямой (4,7 %) кишки. У женщин наиболее часто выявляется рак мо-

лочной железы (19,3 %), желудка (8,5 %), ободочной кишки (6,7 %), тела (6,6 %) и шейки (5,2 %) матки. В 2001 г. (по сравнению с 1991 г.) отмечен рост показателей заболеваемости колоректальным раком, меланомой и другими новообразованиями кожи, предстательной железы, мочевых органов и гемобластомами. В течение 2001 г. погибло от новообразований 291 500 больных. Средний возраст умерших составил 59 лет для мужчин и 72 года для женщин. Основные причины смерти у мужчин рак легкого (30,1 % среди всех злокачественных новообразований) и желудка (15,3 %), у женщин — молочной железы (16,5 %) и желудка (13,8 %).

Доклад: И. В. Кузьмин.

Интернет для специалистов-онкологов (виртуальная онкология)

Московская клиническая онкологическая больница № 62

Networking or not working — работать в Интернете или не работать совсем. Общение онкологов в Интернете стало повседневностью. Но если в Западной Европе и Северной Америке Интернетом пользуется 30–40 % жителей, то в России — менее 3 %. Доля российских Интернет-узлов не превышает 0,3 % мировой Сети. Медицина использует Интернет наиболее активно. В мире создано около 1500 медицинских сайтов. Среди 5 000 онкологов России активно работают в Интернете около 100 (2 %). «Телемедицина» — адаптированный термин для обозначения оказания медицинских услуг на расстоянии. Для населения — это возможность получить ответы на волнующие вопросы («порталы здоровья», «врач на линии»); для врачей — общение с ведущими специалистами, консультация снимков и гистологических препаратов, связь с пролеченными больными, доступ к новейшей литературе (электронные версии книг и журналов) и базам данных по результатам лечения, возможность обучения/повышения квалификации с помощью Интернета.

Современный ученый начинает поиск нужной информации через Интернет. Трудно переоценить адрес для получения рефератов ВИНТИ: <<http://compaq.viniti.ru/biolweb/jiulex.htm>>. Работа с электронной базой данных Medline — стандарт сегодняшней науки. В эти дни мы отмечаем 2-летие Российских электронных сообществ — хирургического (SurgiNet) и онкологического (RusOncoNet). SurgiNet подробно описан в журнале «Хирургия» № 12 за 2001 г. (вступить можно после аккредитации у Дениса Михайловича Архипова surgarh@online.ru). Этот форум объединяет русскоязычных хирургов мира. RusOncoNet — Интернет-сообщество профессиональных онкологов построено по принципам SurgiNet. Оно объединяет

* Из редакционных статей информационного бюллетеня «Вестник» Московского онкологического общества:

Представление данных о заболеваемости злокачественными опухолями

Сообщения по проблемам клинической онкологии, представляемые для Общества, как правило, открываются абзацем об эпидемиологии опухолей. Например: "Рак данной локализации выявляется у столько-то из 100.000 населения, заболеваемость растет, а смертность не имеет тенденции к снижению...". Лишь после этого начинается сообщение по заявленной теме: "За такой-то срок, проведено лечение такому-то количеству больных (характеристика наблюдений прилагается), по нашей новой, прогрессивной методике, с весьма успешными результатами. Полученные выводы (такие-то) подтверждают целесообразность нашего лечебного метода...". Как могут убедиться читатели, эпидемиологической составляющей в публикуемых "Вестником" тезисах клинических сообщений практически не бывает. Этому предшествуют эмоциональные диалоги типа: "Почему сняли сведения о значительной частоте изучаемой опухоли? Ведь эти статистические показатели подтверждают актуальность нашего исследования!" "А разве исследования о лечении редких опухолей неактуальны? А каким образом данные о заболеваемости вообще связаны с представляемым Вами текстом?"...

Очевидно, что новые данные, представленные в публикации Е.М.Аксель и В.Я.Сухачева "Статистика злокачественных новообразований" будут востребованы в значительном числе клинических публикаций. Вот почему, "Вестник Общества" настоятельно рекомендует не цитировать статистические выкладки без явной необходимости. Если же сведения о заболеваемости и смертности действительно необходимы, то их представлению должно быть придано должное обоснование. Вот, например, как это сделано в солидном "Comprehensive textbook of thoracic oncology": "Of the 140,000 patients, diagnosed each year in the United States with non-small cell lung cancer, approximately 30,000 [20-25%] have stage III disease. The overall 5-year survival rates in this group of patients range from 0 to 30%, but the majority of patients have a 10% or less chance of cure. Because of the number of patients affected and the poor prognosis of stage III disease, even small improvements in the treatment of these tumors can significantly impact the high overall mortality rate of lung cancer." (V.Rusch & Y.Gincherman, 1996). Разумеется, редакция могла бы обеспечить перевод данного фрагмента. Однако, англоязычный вариант оставлен в целях профилактики плагиата. Авторы ведь непременно станут цитировать эту, не без изящества выраженную мысль. Поэтому многочисленные переводы просто обречены на отличия с последующим признанием их оригинальными текстами.

специалистов, разделенных огромными расстояниями, для совместных решений насущных проблем. Вступить в RusOncoNet можно, связавшись с Дзинтаром Васильевичем Козловым <dzintar@onco.debrvansk.ru>.

В виртуальном виде возродился старый журнал «Новый хирургический архив» <http://www.surgeon.spb.ru>. Ведет его на должном профессиональном уровне русский хирург О. И. Блинников (находящийся в Лаосе, по электронному адресу: bush@surgeon.spb.ru). Уже длительный срок представлен журнал «Киберонколог» <http://www.ikzm.narod.ru/cvberoncoldgl.htm>. Имеются и другие электронные публикации. Специалист-онколог, войдя в Интернет, в числе первых обследует профессиональные отечественные сайты: www.ronc.ru, www.debrvansk.ru/-dzint/, www.rosoncweb.ru, www.mtu-net.ru/ikzm. Уже почти 3 года постоянно функционирует от-

крытая для больных и родственников инициативная Сеть-онкоконсилиум — <http://onco.debrvansk.ru/consilium.htm>

Следует отметить, что информационное пространство в Интернете основательно занято рекламодателями, народными целителями и просто откровенными жуликами. В виртуальной онкологии легко надеть любую маску. Эти «целители» в большинстве случаев не имеют профессионально-медицинского опыта, а распространяемые ими в электронной сети «советы» могут нанести непоправимый вред больному.

Доклад: А. П. Ильницкий.

Противораковое просвещение

Лаборатория профилактики канцерогенных воздействий и профессионального рака РОНЦ им. Н. Н. Блохина.

РАМН. Общественная организация «Вместе против рака»

Профессиональная просветительская работа является важнейшим направлением в профилактике рака. Информировать население о причинах возникновения и ранних признаках опухолей, об их предупреждении необходимо для повышения обращаемости и, в конечном итоге, для снижения онкологической заболеваемости и смертности. В России уже на протяжении многих лет около 6 % онкологических больных (30 000 заболевших ежегодно) отказываются от лечения, поскольку считают, что рак неизлечим, а у каждого 2-го при обращении выявляется III—IV стадия заболевания. В приказе МЗ РФ «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению России» (№ 270 от 12-09.1997 г.) констатировалось: «Более 30 % выявленных больных в запущенной стадии заболевания были не осведомлены о признаках онкологичес-

ких заболеваний и необходимости своевременного обращения. Это свидетельствует о недостаточно проводимой противораковой пропаганде и санитарно-просветительной работе среди населения». Положение усугубляется и тем, что повсеместно расплодилось шарлатаны, выдающие себя за специалистов-онкологов, извлекающие доходы из трагедии заболевших. Пропаганда в средствах массовой информации их непроверенных и/или заведомо опасных «средств против рака», подталкивает к самолечению. Немалая часть больных, не получивших своевременной специальной помощи и погибших, остается на совести таких «специалистов».

Изложенное определяет необходимость безотлагательных и реально выполнимых мероприятий по противораковому просвещению населения. Наш опыт организации и проведения просветительской работы включает издание журнала «Вместе против рака», различных брошюр, публикацию просветительских материалов в средствах массовой информации, реализацию социально-значимых просветительских проектов. К сожалению, эти конкретные начинания, способные стать основой создания в будущем системы противоракового просвещения, все еще не получили поддержки в официальных инстанциях (пример с журналом «Вместе против рака» — красноречивое тому подтверждение). По нашему мнению, для решения проблемы противоракового просвещения населения необходимо поддерживать издание журнала «Вместе против рака», сделав его массовым, создавать организационные структуры для проведения просветительской деятельности в ведущих онкологических учреждениях, разработать просветительские программы. Следует консолидировать усилия государственных, общественных, коммерческих структур при проведении просветительской работы среди населения. Однако не следует рассчитывать на быстрый успех просвещения. Даже в США, где широкомасштабная противораковая пропаганда была начата еще в 1970-х годах, потребовалось несколько десятилетий для изменения вредных привычек и утверждения в массовом сознании здорового образа жизни, способствующего профилактике онкологических заболеваний.

Протокол заседания № 494, 30 января 2003 г.

Совместное заседание с Московским хирургическим обществом.*

Лимфодиссекция в хирургии рака желудка

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

* Из редакционных статей информационного бюллетеня «Вестник» Московского онкологического общества:

Совместные заседания хирургов и онкологов.

«Успехи хирургии способствовали становлению хирургической онкологии, а достижения онкологии позволили добиться дальнейшего прогресса в хирургии. Н. Н. БЛОХИН (из выступления).

Истории известны как минимум два онкохирургических форума. Это совместные заседания Хирургического и Онкологического обществ, проходившие в Институте хирургии им. А. В. Вишневского. Первое состоялось 28.03.1975 г., когда специалисты обсуждали доклад проф. Б. Е. Петерсона с соавторами о раке пищевода и путях совершенствования лечения. Второе, к сожалению, последнее, имело место 3.02.1977 г., когда оба профессиональных сообщества заслушали демонстрацию проф. В. Ф. Маята с соавторами об успехе лечения большого, 5-кратно оперированного по поводу первично-множественных опухолей желудочно-кишечного тракта, а также доклад проф. Ю. Я. Грицмана с соавторами, вызывающе озаглавленный: «Типичные ошибки хирургов в распознавании и лечении больных злокачественными опухолями». В докладе, в частности, сообщалось, что каждый 2-й больной в хирургических стационарах — онкологический; что 75 % больных раком желудка оперируются хирургами общей сети. Т. е. возможностей для допущения ошибок имелось избыточно. Такие, разумеется, обнаружались и были классифицированы как диагностические, технические, деонтологические и др. Доклад вызвал много вопросов, а оживленные прения завершились ключевой фразой Председателя (академик РАМН, проф. М. И. Кузин): «Анализ хирургических ошибок правильный, но онкологи их допускают не меньше...». Протокол зафиксировал высказывания известных специалистов, информационную насыщенность выступлений, необычайную остроту полемики. Подобные заседания, как правило, не проходят бесследно. Их эффект проявляется даже в отдаленной перспективе. В данном случае традиция наметившихся было совместных заседаний основательно прервалась.

Однако, по мнению онкологов, настало время ее возрождать. Для этого Онкологическое общество представляет доклады о хирургии рака желудка, анализирующие опыт хирургического отделения торакоабдоминальной онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина. Этот опыт отличается расширением показаний к хирургическому лечению, оригинальной (чуждой подражательности) техникой оперирования, значительным объемом лимфодиссекции (что является важнейшим фактором прогноза) и, как следствие, успешными отдаленными результатами. Онкологи рассматривают услышать мнение авторитетных коллег-хирургов о представленных материалах, что весьма важно для Всестороннего анализа проблемы и обмена достигнутым опытом.

Доклад: М. И. Давыдов, Б. Е. Полоцкий, И. С. Стилиди, М. Д. Тер-Ованесов, И. П. Туркин.

Идеология расширенных операций по поводу рака желудка

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

В онкохирургии термин «лимфодиссекция» означает удаление (в едином блоке с пораженным органом) клетчатки и лимфатических узлов зон регионарного метастазирования. При раке желудка лимфодиссекция позволяет превентивно удалить лимфатические узлы I, II и III этапов метастазирования (при этом установить истинную распространенность процесса), повысить радикальность операции и тем самым улучшить результаты хирургического лечения. Лимфодиссекция выполняется при мобилизации желудка и проводится «острым» путем (оперирование сосудистыми ножницами), от периферии к опухоли, с последовательным выделением, перевязкой и пересечением сосудов, без механического воздействия на опухоль. Лимфаденэктомия выполняется при технической возможности гастрэктомии (резекции желудка), при отсутствии отдаленных метастазов и диссеминации по брюшине; а также в случае функциональной переносимости операции.

В работах японских хирургов (Japanese Gastric Cancer Association — JGCA, 1998) детально описаны 16 групп регионарных лимфатических узлов, формирующих три (от N¹ до N³) последовательных этапа метастазирования опухоли от различных отделов желудка: I этап (N¹) — перигастральные лимфоколлекторы, расположенные в связочном аппарате желудка (№ 1—6). II этап (N²) — забрюшинные лимфатические узлы, расположенные по ходу ветвей чревного ствола (лимфатические узлы по ходу левой желудочной артерии (№ 7), общей печеночной артерии (№ 8), чревного ствола (№ 9), в воротах селезенки (№ 10), по ходу селезеночной артерии (№ 11). III этап (N³) — лимфатические узлы гепатодуоденальной связки (№ 12), ретропанкреатодуоденальные (№ 13), лимфатические узлы по ходу верхней брыжеечной артерии (№ 14), в корне брыжейки поперечноободочной кишки по ходу средней ободочной артерии (№ 15), парааортальные лимфатические узлы, расположенные на различном уровне брюшной аорты (№ 16), а также хиатальные и заднемедиастинальные лимфоколлекторы для рака проксимального отдела желудка с переходом на пищевод. Следует отметить, что для различных локализаций первичной опухоли в желудке лимфатические узлы, даже в пределах одной группы, могут относиться к различным этапам метастазирования (К. Maquyama et al., 1993). Вовлечение лимфатических коллекторов N¹— N² рассматривается как регионарное метастазирование, тогда как вовлечение лимфатических узлов N³ — как распространенность, соответствующая IV стадии заболевания.

Очевидно, что радикальность оперативного вмешательства при раке желудка определяется объемом (границами) лимфодиссекции. Так, стандартная гастрэктомия предусматривает удаление лишь перигастральных лимфоколлекторов, расположенных в связочном аппарате желудка (№ 1—6); уровень диссекции D¹. Стандартная радикальная гастрэктомия предполагает кроме удаления групп лимфатических узлов № 1—6 обязательное удаление забрюшинных лимфатических узлов, расположенных по ходу чревного ствола (№ 9) и его ветвей: левой желудочной (№ 7), общей печеночной (№ 8), селезеночной артерии (№ 11) и лимфатических узлов в воротах селезенки (№ 10); уровень диссекции D². Расширенная радикальная гастрэктомия предусматривает в дополнение к перечисленным выше лимфатическим узлам удаление

лимфатических узлов гепатодуоденальной связки (№ 12), ретропанкреатодуоденальных (№ 13), узлов верхней брыжеечной артерии (№ 14), корня брыжейки поперечноободочной кишки по ходу средней ободочной артерии (№ 15), парааортальных лимфатических узлов, расположенных на уровне брюшной аорты (№ 16); уровень диссекции D³.

На IV Международном конгрессе по раку желудка (New-York, USA, 2001) и на XVIII Всемирном конгрессе по хирургии желудочно-кишечного тракта (Hong Kong, 2002) лимфодиссекция D² определена как стандартный объем радикального оперативного вмешательства, т. к. достоверно снижает частоту рецидивов и улучшает отдаленные результаты лечения.

Расширенные вмешательства в хирургическом лечении рака желудка

С учетом стандартизации выполнения лимфодиссекции D² при хирургическом лечении рака желудка к расширенным вмешательствам следует относить операции с удалением забрюшинных лимфатических коллекторов III этапа метастазирования, включая парааортальные, — лимфодиссекция D³. К сожалению, до сих пор в литературе нет окончательно сформулированных показаний к выполнению расширенной лимфодиссекции. Поэтому большинство авторов при анализе материала используют те стигмы, которые указывают на вероятное вовлечение парааортальных лимфоколлекторов, а следовательно, могут рассматриваться как показания к выполнению расширенных вмешательств. По мнению большинства авторов, к этим стигмам следует отнести размер опухоли, определенный дооперационно и превышающий 70 мм (К. Aizawa et al., 1997); глубину опухолевой инвазии стенки желудка, начиная от вовлечения субсерозного слоя (pT^{ss}-pT²) и проградидентно возрастающую до инвазии окружающих структур (pT^{si}-pT⁴) (К. Aizawa et al., 1997; и др.); широкое лимфогенное метастазирование, причем наиболее часто при условии вовлечения лимфатических коллекторов II этапа метастазирования. Отмечается прямая корреляционная зависимость между частотой поражения лимфатических узлов II этапа метастазирования и частотой выявления метастазов в парааортальных коллекторах.

Согласно данным Sh. Yoshioka et al. (2001), при поражении лимфатических узлов II этапа частота поражения парааортальных лимфоколлекторов превышает 30 %. Причем при поражении лимфатических узлов № 7 и 9 эта частота возрастает до 90 %, что позволяет авторам рассматривать данные лимфоколлекторы как сигнальные при определении показаний к лимфодиссекции D³. В то же время при наличии метастазов в парааортальные лимфатические узлы в 100 % наблюдений отмечаются метастазы в узлы II этапа. Основными противопоказаниями к выполнению расширенных вмешательств являются отдаленные метастазы, включая отсева по брюшине, либо наличие опухолевых клеток в смывах с брюшины.

Количество удаляемых лимфатических узлов как критерий полноценности выполненного вмешательства

Несмотря на последние изменения в классификации рака желудка, где критерий pN рассматривается на основании количества пораженных лимфатических узлов, а для адекватного стадирования требуется изучение хотя бы 15 узлов, само количество удаленных узлов не может рассматриваться как критерий радикальности вмешательства. Однако количество удаленных узлов может в определенной степени отражать полноценность выполненной операции, причем, чем больше количество изучаемых узлов, тем выше достоверность стадирования (Р. Негманек, 1995). Согласно данным различных

исследований, количество лимфатических узлов в каждой группе может варьировать, что определяется применяемыми методиками исследования препарата. Маркировку удаленных лимфатических узлов по группам должен выполнять один из оперировавших хирургов.

В целом, согласно данным различных исследований, при лимфодиссекции D² должно удаляться и исследоваться от 26 (J. R. Siewert et al., 1993; G. Natalini et al., 2001) до 27 (P. K. Wagner et al., 1991) узлов — при меньшем количестве узлов вмешательства могут быть классифицированы как D¹. При лимфодиссекции D³ должно быть удалено и исследовано более 40 лимфатических узлов — от 43, по данным P. K. Wagner (1991), до 48, по данным G. Natalini (2001).

Комбинированное лечение операбельного рака желудка

В последнее время в литературе появились данные об эффективности комбинированного лечения рака желудка с применением послеоперационной химиолучевой терапии, сопоставимой по результатам общей и безрецидивной выживаемости с лимфодиссекцией D¹. Так, может ли комбинированный подход заменить лимфодиссекцию? Анализ литературы ставит это положение под сомнение. В протоколе MacDonalds проводилось сравнение эффективности лимфодиссекции D¹ с ее сочетанием с послеоперационной химиолучевой терапией. Вначале оценим, правомерно ли такое сравнение. Анализ литературы и исследование лимфатической системы желудка характеризуют лимфодиссекцию D¹ как неадекватную далее при раннем раке, что делает сравнение неправомерным, а вмешательства с таким объемом диссекции следует всегда расценивать как паллиативные. С другой стороны, по данным авторов, в группе комбинированного лечения 3-летняя безрецидивная выживаемость составила 48 %, тогда как общая 3-летняя выживаемость — 50 %. Однако анализ данных Голландского протокола (как достаточно усредненных результатов хирургического лечения рака желудка) позволяет отметить, что при выполнении диссекции D² 5-летняя безрецидивная выживаемость составляет 63 %, тогда как общая 5-летняя выживаемость — 47 %. Причем в группе комбинированного лечения помимо увеличения продолжительности и стоимости терапии возрастает количество специфических осложнений, что в сочетании с осложнениями хирургического лечения, даже в абортивном варианте, утяжеляют его, увеличивая стоимость и продолжительность.

Результаты данного протокола были проанализированы с точки зрения риска развития локорегионарного рецидива и, следовательно, канцерзависимой летальности как результата неадекватного лечения. За основу были взяты данные о 553 пациентах из общей группы в 556. Практически в 54 % случаев в протоколе была выполнена неадекватная лимфодиссекция D⁰. Расчет риска резидуальной опухоли производился на основании компьютерной программы, разработанной Keichi Maquyama, в которой оценивается вероятность поражения различных коллекторов в зависимости от локализации опухоли. Числовая производная этого риска рассчитывалась как индекс Маурыяма (Maquyama Index). При проведении моно- и многофакторного анализа автор показал, что этот индекс является наиболее значимым независимым фактором прогноза, не коррелирующим с эффективностью проводимой адьювантной химиолучевой терапии. На этом основании был сделан принципиальный вывод о том, что именно объем хирургического лечения является основным фактором, определяющим прогноз заболевания.

Доклад: М. И. Давыдов, И. Н. Туркин, И. С. Стилиди.

Парааортальная лимфодиссекция при раке желудка РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Проблема локорегионарного рецидивирования, в отличие от перитонеальной диссеминации и отдаленного гематогенного метастазирования, находится в пределах досягаемости хирургического метода, а следовательно, можно ожидать снижения числа местных рецидивов за счет расширения объема лимфодиссекции. В связи с этим объектом исследований все чаще становится парааортальная зона как конечный этап регионарного метастазирования рака желудка. Фундаментальные исследования, проведенные в Японии, показали, что все лимфатические пути желудка связаны с парааортальной цепочкой лимфатических узлов. В целом прогноз при поражении парааортального коллектора плохой, однако известно, что часть пациентов с метастазами в лимфатических узлах группы № 16 переживает 5-летний рубеж после диссекции D³. В литературе это ассоциируется прежде всего с ограниченным числом метастазов в парааортальных узлах и микрометастазированием.

До настоящего времени объем вмешательства на парааортальной зоне не стандартизирован и варьирует от выборочной диссекции отдельных узлов (как правило, аортокавального промежутка) до полной — от диафрагмы до бифуркации аорты — с мобилизацией или без мобилизации левой почки. Отсутствие стандартизированной методики, в свою очередь, усложняет сравнительный анализ как непосредственных, так и отдаленных результатов, полученных в различных учреждениях.

Важность идентификации той части пациентов, у которых парааортальная лимфодиссекция могла бы быть оправдана оптимизацией прогноза, бесспорна. Но очевидно также, что манипуляции в парааортальной зоне, представленной средоточием магистральных сосудов и сложнейшим сплетением автономных нервов, требуют детальной разработки хирургических приемов и их последовательности, поскольку таят в себе угрозу многих тяжелых осложнений. Таким образом, парааортальная лимфодиссекция как один из путей оптимизации результатов лечения больных раком желудка может быть включена в арсенал хирургических методов только в том случае, если ее теоретически ожидаемая эффективность не будет дискредитирована реальной высокой частотой тяжелых осложнений и летальностью.

Адекватная парааортальная лимфодиссекция включает последовательное иссечение трех блоков клетчатки: ниже почечной ножки, выше почечной ножки слева от аорты и выше почечной ножки справа от аорты. Границами диссекции являются: нижний край чревного ствола, верхний край нижней брыжеечной артерии, левый край нижней полой вены, левые гонадная и надпочечниковая вены.

Проведенное в РОНЦ проспективное нерандомизированное исследование, включившее результаты лечения 104 пациентов с раком желудка, оперированных в объеме D² гастрэктомии, и 39 больных, оперированных в объеме D³ гастрэктомии, позволяет расположить основные факторы риска парааортального метастазирования, исходя из степени их важности, в следующем порядке: глубина инвазии, размер опухоли, поражение чревных лимфатических узлов и, наконец, количество пораженных отделов желудка. Главным фактором риска парааортального метастазирования является уровень опухолевой инвазии стенки желудка — основной индикатор при планировании парааортальной лимфодиссекции. При глубине инвазии SE (tumor penetration of serosa)

и SI (tumor invasion of adjacent structures), независимо от других условий, частота метастазирования в лимфатические узлы № 16 в нашем опыте составила 37,9 % (11 из 29), а при дополнительном наличии любого из условий — метастазов в чревных лимфатических узлах, субтотальном или тотальном поражении желудка и размере опухоли более 7 см — метастазы в парааортальных лимфатических узлах были найдены у всех без исключения больных. Следует отметить, что ни в 1 из 39 случаев нами не было обнаружено метастазов в парааортальных лимфатических узлах, если узлы уровня N² оказывались интактными.

Анализ периода реконвалесценции у пациентов обеих групп показал, что послеоперационное течение было более тяжелым и продолжительным по времени в группе D³. Общая частота послеоперационных осложнений в обеих группах оказалась примерно одинаковой и составила 38,5 % (15 из 39) в группе пациентов D³ и 34,6 % (36 из 104) в группе D². Анализ структуры осложнений позволяет выделить кроме общих, встречающихся и после D² операций, два специфических для лимфодиссекции D³ осложнения: длительная обильная лимфоррея и выраженная дисфункция кишечника (понос, синдром мальабсорбции, алиментарная дистрофия). Летальность после выполнения D² гастрэктомии составила 2,9 % (3 из 104). Из 39 пациентов с раком желудка, оперированных в объеме D³, от послеоперационных осложнений умер 1 (2,6 %) больной. Причиной смертельного исхода послужил разлитой гнойный перитонит.

Наши данные подтверждают мнение ведущих японских онкологов о том, что осложнения после выполнения парааортальной лимфодиссекции вполне могут быть редуцированы путем отработки технических деталей операции и проведения адекватного анестезиологического и реанимационного пособия.

Протокол заседания № 495, 27 февраля 2003 г.

Хирургия колоректального рака

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: Ю. А. Барсуков, В. И. Кыш, С. И. Ткачев,

А. В. Николаев, М. Ш. Ахметов, Р. И. Тамразов,

А. А. Хожяев, Д. А. Оскирко, А. Т. Малихов, О. А. Власов.

Выбор метода лечения больных раком прямой кишки РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

В хирургии колоректального рака достигнуто значительное снижение послеоперационных осложнений и летальности, но отдаленные результаты практически не изменились. Это определяет необходимость повышения радикальности лечения путем предотвращения рецидивов и метастазов. Значительная частота местных (локальных) рецидивов (в первые 2—3 года после операции) имеет лимфогематогенное распространение с преобладанием лимфогенного пути. Поэтому меры по профилактике рецидивов предполагают комбинированное лечение с неoadъювантным воздействием на опухоль с целью максимального подавления наиболее агрессивных клеток и воздействием на микрометастазы в зонах вероятного их возникновения (метастазы в регионарные лимфатические узлы, межтканевые щели, сосуды параректальной клетчатки, перинеуральные пространства). Применение лекарственной терапии ограничено из-за ее токсичности. Использование лучевой терапии в классическом режиме фракционирования дозы малоперспективно ввиду низкой радиочувствительности опухолей. Основываясь на радиобиологических данных о повышении эффективности лучевого воздействия на опухоль укрупненными разовыми дозами,

применена методика интенсивного крупнофракционного предоперационного облучения: разовая доза 5 Гр, в течение 5 дней до СОД = 25 Гр. Для повышения эффективности лучевого воздействия на опухоль применяется локальная СВЧ-гипертермия. С 1978 г. в РОНЦ проводится проспективное рандомизированное исследование для выбора оптимального метода лечения рака ампулярного отдела прямой кишки.

Проанализированы результаты лечения 740 больных. 353 больным выполнено только хирургическое (контрольная группа) лечение, 387 — комбинированное с применением лучевой терапии. У 164 из них при нижеампулярном раке лучевое лечение проведено в условиях локальной СВЧ-гипертермии. Характеристика анализируемых групп не выявила достоверных различий по основным факторам прогноза (состояние больных, распространенность опухолей, радикальность оперативных вмешательств).

Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения ($p=0,00025$; log-rank test) показал, что 5- и 10-летняя безрецидивная выживаемость больных раком прямой кишки достоверно выше при комбинированном методе лечения во всех стадиях опухолевого процесса. При комбинированном лечении у пациентов с I стадией (T²N⁰M⁰) 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 87,3 %, при хирургическом — 72,8 % ($p=0,004$). У больных со II стадией (T³N⁰M⁰) — 71,3 и 59,2 % соответственно ($p=0,01$), III стадией (T²⁻³N⁰M⁰) — 49,4 и 37,5% ($p>=0,019$).

Улучшение безрецидивной выживаемости у больных, получивших комбинированное лечение, достигается за счет уменьшения частоты локорегионарных рецидивов. Так, рецидивы диагностированы у 63 (18,1 %) из 348 больных после хирургического лечения и у 26 (6,8 %) из 380 больных после комбинированного (в послеоперационном периоде умерло 5 и 7 больных соответственно). Таким образом, частота рецидивов уменьшилась более чем в 2 раза ($\chi^2=21,5$; $p<0,05$).

Рецидивы диагностированы при I стадии у 1 (1,2 %) из 82 больных после комбинированного лечения и у 8 (9,2 %) из 87 больных после хирургического ($p=0,02$); при II стадии — у 15/192 (7,8 %) и 26/167 (15,6 %), $p=0,02$. При III стадии — комбинированный метод в сравнении с хирургическим позволил снизить частоту рецидивов с 29,3 до 8,9 % (соответственно 29/99 и 10/113 больных; $p=0,0001$). Оценка эффективности лечения с учетом локализации опухоли в прямой кишке позволила установить, что наибольший процент рецидивов был диагностирован при нижеампулярной локализации, где частота локорегионарных рецидивов при I стадии (T²N⁰M⁰) составила 15,1 % в контрольной группе и 3 % в группе предоперационной лучевой терапии ($p=0,01$). Применение предоперационной термолучевой терапии у больных с данной стадией опухолевого процесса не привело к возникновению локорегионарного рецидива ни у 1 из 29 пролеченных больных. В случаях применения комбинированного лечения с предоперационным облучением во II стадии заболевания (T³N⁰M⁰) частота локорегионарных рецидивов не отличается от таковой по сравнению с хирургическим методом (18,3 и 10,8 % соответственно; $p=0,3$), но она достоверно ниже (6,3 %; $p=0,03$) при использовании термолучевой терапии в предоперационном периоде. У пациентов с III стадией (T²⁻³N¹M⁰) достоверных различий частоты локорегионарных рецидивов в группах хирургического лечения и предоперационной лучевой терапии не выявлено — 22,7 и 21,4 % соответственно ($p=0,9$). Достоверное снижение частоты локорегионарных рецидивов (до 4,4 %; $p=0,009$) достигнуто лишь при использовании

предоперационного термолучевого компонента комбинированного лечения.

Таким образом, применение локальной СВЧ-гипертермии (предоперационной термолучевой терапии) является мощным радиосенсибилизирующим агентом лучевой терапии и достоверно (более чем в 4 раза!) уменьшает частоту локорегионарных рецидивов у больных с нижеампулярной локализацией опухолей (с 18.9 до 4.4 %: $p=0.009$). Причем данная закономерность прослеживается и при лечении больных с местнораспространенным (операбельным) опухолевым поражением прямой кишки и, особенно, с метастазами в регионарные лимфатические узлы — частота рецидивов рака уменьшается более чем в 5 раз (с 22.7 до 4,4 %; $p=0,007$). Следствием этого явилось достоверное повышение 5-летней безрецидивной скорректированной выживаемости у больных с поражением метастазами регионарных лимфатических узлов при комбинированном лечении с термолучевым компонентом (63.8 %) по сравнению с хирургическим методом (48,2 %; $p=0.044$; log-rank test). Возможность повысить эффективность хирургического метода лечения рака прямой кишки, дополняя его предоперационным крупнофракционным облучением, дает основание считать комбинированный метод лечения методом выбора. Улучшить отдаленные результаты комбинированного метода лечения рака, нижеампулярного отдела прямой кишки реально с помощью ралиоолификатора — локальной СВЧ-гипертермии. При этом более выраженный эффект от применения неоадьювантной термолучевой терапии наблюдается при местнораспространенных (операбельных) формах рака прямой кишки (T^3N^0 , T^2-3N^1).

Доклад: Г. И. Воробьев, Т. С. Одарюк, П. В. Царьков, А. А. Троицкий.

Принципы хирургии рака нижеампулярного отдела прямой кишки

Государственный научный центр колопроктологии

Лимфогенное распространение рака прямой кишки происходит в трех направлениях: восходящем, латеральном и нисходящем. Применение стандартной хирургии обеспечивает адекватную санацию восходящего пути и не уделяет должного внимания латеральному лимфогенному распространению процесса, тем самым оставляя возможность местного рецидива. Это наиболее актуально при раке нижеампулярного отдела прямой кишки. Оперативное пособие, направленное на санацию как латерального, так и восходящего пути, было разработано более 50 лет назад и обозначено как расширенная аортоподвздошно-тазовая лимфодиссекция. Данная операция рассматривается не только как лечебное мероприятие, но и как "staging procedure" для определения стадии и прогноза. Однако выполнение этой операции еще не вошло в арсенал хирургии, что связано с неоднозначной оценкой ее эффективности (в связи с отсутствием рандомизированных исследований и высокой (ожидаемой) частотой операционных осложнений).

С 1999 г. в ГНЦК начато проспективное контролируемое рандомизированное исследование, направленное на изучение непосредственных и отдаленных результатов расширенной лимфаденэктомии. В основную и контрольную группу вошло по 22 пациента, сопоставимые по демографическим показателям и распространенности опухоли.

Доступ к области запирающего пространства осуществлялся одним из трех подходов: подвздошным, паравезикальным, а также разработанным в ГНЦК паравезикаль-

ным доступом с медиальным отведением наружных подвздошных сосудов. Продолжительность операции в контрольной группе составила $209,1 \pm 45,6$ мин, в основной — $365,2 \pm 74,0$ мин. Разница в продолжительности оперативного вмешательства статистически значима ($p=0,0001$). При этом его длительность была связана с выполнением тазовой лимфодиссекции, продолжительность которой составила $99,6 \pm 27,9$ мин. Зависимость длительности тазового этапа лимфодиссекции от доступа к области запирающего пространства статистически недостоверна ($p=0,15$). Интраоперационная кровопотеря в контрольной и основной группах составила $334,1 + 196,6$ и $586,4 \pm 357,3$ мл соответственно ($p=0,006$). Зависимость кровопотери при лимфодиссекции и доступа к области запирающего пространства статистически значима. Кровопотеря при паравезикальном доступе с отведением наружных подвздошных сосудов не отличалась от кровопотери в контрольной группе. Среднее количество выявленных лимфатических узлов составило $32,4 \pm 9,4$ в контрольной группе и $59,1 \pm 26,8$ в основной ($p < 0,001$), причем частота выявления лимфатических узлов диаметром менее 5 мм составила 79,7 и 69,2 % соответственно. Поражение лимфатического аппарата было выявлено у каждого 2-го больного в основной и контрольной группах.

Поражения апикальных лимфатических узлов по восходящему пути у пациентов в основной группе выявлено не было. У 3 пациентов в области запирающего пространства и у 1 в области второго клетчаточного пространства между тазовым сплетением и внутренними подвздошными сосудами были выявлены макростазы. Таким образом, общее поражение латерального пути в данной группе составило 18,2 %. При этом в 2 наблюдениях были отмечены «прыгающие» метастазы.

Иммуногистохимическое исследование апикальных лимфатических узлов дополнительно у 1 пациента в основной группе выявило метастаз по латеральному пути и еще у 1 — сочетанное поражение восходящего и латерального путей. У 2 пациентов в контрольной группе дополнительно выявлено поражение апикальных лимфатических узлов по восходящему пути лимфооттока. Таким образом, частота метастазирования по латеральному пути для больных, перенесших расширенную аортоподвздошно-тазовую лимфаденэктомию составила 22,7 % и была выше, чем частота поражения восходящего пути лимфооттока. Частота послеоперационных осложнений и, что особенно важно, расстройств функции мочевого выделения была незначительна и существенно не различалась в обеих группах.

Таким образом, расширенная аортоподвздошно-тазовая лимфаденэктомия не привела к существенному увеличению интраоперационной кровопотери, особенно при паравезикальном доступе с отведением наружных подвздошных сосудов. Следует отметить, что выполнение латерального этапа лимфодиссекции требует специальной подготовки даже для опытного хирурга и такие операции должны проводиться только в специализированных учреждениях. Вместе с тем выявленные практически в $1/4$ наблюдений метастазы в запирающую группу лимфатических узлов, которые не были диагностированы при интраоперационной ревизии, указывают на необходимость выполнения расширенной аортоподвздошно-тазовой лимфаденэктомии больным с нижеампулярным расположением рака прямой кишки при прорастании опухоли всех слоев кишечной стенки

Доклад: В. И. Чиссов, Л. А. Ватакмадзе, С. Л. Дарьялова, А. В. Бойко, Д. В. Сидоров, И. В. Дрошнев, В. М. Хомяков.

Комбинированное и комплексное лечение рака прямой кишки: реальность, проблемы и перспективы
МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

История развития комбинированного метода лечения рака прямой кишки насчитывает более 50 лет, и за этот период происходила неоднократная смена идеологических, методологических и методических подходов к комбинированному лечению, вплоть до диаметрально противоположных. Несмотря на то что принципиальная возможность эффективного сочетания лучевой терапии и оперативного вмешательства была показана достаточно давно, сравнительный анализ результатов комбинированного и хирургического лечения представляется корректным лишь с середины 80-х годов прошлого века, когда появились высокоинформативные методы уточняющей диагностики (УЗИ, КТ), получили широкое распространение мегавольтные источники излучения, а техника и объем операций при раке прямой кишки достигли уровня, сопоставимого с сегодняшним днем. Проводимые в этот период исследования продемонстрировали обнадеживающие результаты, поскольку сочетание лучевой терапии и выполняемых на тот момент операций позволило достоверно снизить частоту местных рецидивов по сравнению с чисто хирургическим лечением.

За последние 20 лет хирургический метод претерпел значимые изменения, в частности в обязательный объем операции было включено тотальное удаление мезоректума. Между тем в отношении лучевой терапии однозначного подхода выработано не было, и методики предоперационного облучения в различных исследованиях варьируют от однократного подведения крупной фракции непосредственно перед операцией до пролонгированного курса облучения в СОД 45—55 Гр либо только послеоперационного облучения, что значительно затрудняет их сравнительную оценку. При анализе результатов крупных мультицентровых рандомизированных исследований, опубликованных в последние годы, роль лучевой терапии оценивается неоднозначно и порой достаточно скептически. В одних исследованиях зафиксировано повышение резектабельности, абластичности выполняемых операций и уменьшение частоты местных рецидивов в группе комбинированного лечения, в других — достоверных различий по указанным критериям не выявлено, причем практически ни одно исследование не показало улучшения 5-летней выживаемости по сравнению с чисто хирургическим лечением.

Тем не менее, несмотря на совершенствование хирургической техники, отдаленные результаты хирургического лечения длительные годы остаются без существенного улучшения. Анализ причин смерти больных после радикального лечения свидетельствуют о том, что основная масса пациентов погибает от отдаленных метастазов. Таким образом, локальное воздействие, будь то адекватное по объему оперативное вмешательство, лучевая терапия или их сочетание, обеспечивая локальный контроль, не способно кардинально повлиять на процесс отдаленного метастазирования. Все это обуславливает значительный интерес к химиотерапии как компоненту комбинированного и комплексного лечения. Эффективность адьювантной химиотерапии на основе 5-фторурацила и лейковорина при раке толстой кишки была продемонстрирована в нескольких рандомизированных исследованиях. В настоящее время активно изучается применение химиопрепаратов в сочетании с лучевой терапией. Ре-

зультаты нескольких рандомизированных исследований, сравнивающих чисто хирургическое и комплексное лечение местнораспространенного рака прямой кишки, показали обнадеживающие результаты как в виде достоверного снижения частоты местных рецидивов, так и в удлинении продолжительности жизни больных.

Однако остается нерешенным ряд важнейших вопросов. Необходимо уточнить оптимальную последовательность проведения компонентов комбинированного и комплексного лечения, режимы фракционирования и СОД лучевой терапии, оптимальную схему введения и дозы химиопрепаратов. Не потеряла актуальность разработка эффективных способов радиомодификации, в частности локальной гипертермии. В решении этих вопросов нам видятся и перспективы развития комбинированного и комплексного лечения больных раком прямой кишки.

Доклад: А. М. Сдвижков, В. И. Борисов, В. Д. Чиквадзе, В. В. Власов, И. А. Новохатский, А. А. Калмыков, А. Ю. Фомин.

Результаты лечения больных колоректальным раком при первичной множественности злокачественных опухолей

Московский онкологический клинический диспансер № 1

Увеличение эффективности противоопухолевого лечения приводит к тому, что пациенты доживают до реализации второй, третьей опухоли, а также до новообразований, свойственных возрастным изменениям соответствующего периода жизни.

В диспансер № 1 в 1994—2002 гг. поступило 2293 больных раком толстой кишки. Среди них 1254 пациентов с поражением прямой кишки, 1039 — ободочной. Мужчин было 994 (43,3 %), женщин — 1299 (56,7 %). Среди 2293 больных колоректальным раком выявлено 275 (12 %) пациентов с множественными опухолями. Средний возраст составил 65,9 лет. Обращает внимание значительное количество пожилых — возраст 78,5 % больных был старше 60 лет.

Синхронное возникновение второй или третьей злокачественной опухоли отмечено в 129 случаях (46,9 %). метакхронное — в 138 (50,2 %). В 8 (2,8 %) наблюдениях выявлены синхронно-метакхронные или метакхронно-синхронные злокачественные новообразования. Из 275 больных у 29 (10,5 %) имелось 3 опухоли, а у 4 (1,5 %) — 4 злокачественных опухоли. Чаще всего вторая (третья) опухоль локализовалась в пределах толстой кишки — 113 (40,8 %) наблюдений. У женщин опухоли толстой кишки чаще сочетались со злокачественными новообразованиями гениталий и молочной железы. У мужчин преобладало сочетание колоректального рака со злокачественными опухолями легких и предстательной железы.

Из 275 больных множественными опухолями 203 (73,8 %) проведено радикальное хирургическое или комбинированное лечение. Согласно локализации опухоли выполнялись операции по онкологическим критериям. Из радикально оперированных больных в раннем послеоперационном периоде от различных осложнений умерло 10 пациентов. Послеоперационная летальность составила 4,9 %. Из группы радикально леченных пациентов к настоящему времени в течение 3 лет удалось проследить судьбу 98 человек. В этой группе 3-летняя выживаемость составила 78 %. Таким образом, непосредственные результаты лечения и 3-летняя выживаемость больных множественными опухолями существенно не отличаются от аналогичных показателей у больных колоректальным раком с единичной локализацией опухоли.

Протокол заседания № 496, 27 марта 2003 г.

Амбулаторная химиотерапия

Председатели: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Валков.

Доклад: Л. В. Манзюк, Л. В. Платинский, В. В. Брюзгин, А. Г. Бородкина, Е. В. Артамонова.

Наука и практика амбулаторной химиотерапии

Поликлиника и отдел изучения новых противоопухолевых лекарств НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина

Амбулаторная химиотерапия апробирована практически при всех локализациях злокачественных новообразований, и количество больных, которым она проводится, увеличивается с каждым годом. Это позволяет пациентам продолжить привычный, достаточно активный образ жизни, а в ряде случаев — сохранять трудоспособность. Активное внедрение в клиническую практику химиотерапии в амбулаторных условиях объясняется применением специальных малотоксичных режимов, более комфортными (привычными) условиями, в которых проводится лечение. Следует отметить, что амбулаторная химиотерапия имеет несомненные экономические преимущества, позволяя сократить затраты сравнительно с лечением в стационаре. Поэтому расширение амбулаторного этапа химиотерапии — одна из основных тенденций в онкологии.

В поликлинике РОНЦ им. Н. Н. Блохина амбулаторная химиотерапия проводится уже несколько десятилетий. Накопленный опыт показал значительные возможности этого метода и обобщен в докторской диссертации (Л. В. Платинский, 2002). Химиотерапия в амбулаторных условиях имеет свои особенности, преимущества и недостатки. Простое копирование схем, применяемых в химиотерапевтических отделениях, не всегда осуществимо, т. к. современная цитотоксическая терапия отдает предпочтение высоким дозам и интенсивным режимам, а условия лечения в поликлинике и стационаре существенно различаются. В амбулаторной химиотерапии должны применяться такие программы и режимы химио-, гормоно-, иммунотерапии, а также схемы поддерживающего лечения, которые обладают не только оптимальными показателями лечебной эффективности, но и позволяют контролировать развитие токсических реакций, особо опасных во внебольничных условиях. Поэтому одним из приоритетных направлений в амбулаторном лечении больных злокачественными опухолями является разработка способов снижения токсического действия противоопухолевых препаратов. С этой целью используется целый ряд средств, включающий печеночные, почечные и кардиопротекторы, гормональные препараты (преднизалон, дексаметазон), лекарства, уменьшающие явления интоксикации (гемодез и др.), иммунокорректоры, в частности имунофан, антиоксиданты. Начинать прием некоторых средств следует до начала химиотерапии, не дожидаясь возникновения токсических реакций, осложнений и условно-рефлекторной рвоты, и продолжать во время лечения противоопухолевыми препаратами. Достаточно сложным является выбор схемы лечения, что определяется индивидуальными медицинскими, социальными и экономическими факторами. Кроме того, при отборе больных для амбулаторного лечения следует учитывать их соматическое, психологическое состояние с учетом предполагаемой продолжительности жизни.

Следует также подчеркнуть преимущества амбулаторной химиотерапии с точки зрения положительных психоэмоциональных факторов. Не вызывает сомнения влияние психоло-

гического состояния пациента на переносимость и результаты лечения. Состояние больного в значительной мере зависит от сохранения привычного жизненного стереотипа, социальных и семейных связей. Лечение в амбулаторных условиях позволяет больным находиться в привычной, домашней обстановке, в меньшей степени подвергаться отрицательному психологическому воздействию стационара, избегать ятрогенных влияний и внутрибольничных инфекций. Индивидуальный режим сна, отдыха, питания, благоприятное воздействие окружающих, наличие отвлекающих (положительных) факторов обуславливают лучшую переносимость больными токсических реакций при лечении вне стационара. Несомненным достоинством амбулаторной химиотерапии является возможность продолжать привычный (достаточно активный) образ жизни, сохранять трудоспособность.

В пользу амбулаторной химиотерапии необходимо привести и экономические соображения, которые принимаются во внимание наряду со стандартными критериями эффективности и токсичности. Химиотерапия в амбулаторных условиях дает несомненный экономический эффект за счет высвобождения коечного фонда, экономии койко-дней и сохранения материальных средств. Расчет стоимости химиотерапии достаточно сложен, т. к. должен включать детальный анализ всех прямых и косвенных затрат, показателей качества жизни больных, социальные выплаты.

Отделение изучения новых противоопухолевых лекарств РОНЦ им. Н. Н. Блохина образовано в 1990 г. на койках дневного стационара амбулаторной химиотерапии. До 1997 г. им руководил проф. Л. В. Мороз. В отделении ежегодно проводится более 2000 курсов химиотерапии 690—700 больным. (Жители Москвы составляют 60 %, Московской области — 15—20 %, пациенты иных регионов — 20—25 %.) Большинство больных дневного стационара — это пациенты, страдающие диссеминированными опухолями молочной железы (213—253 больных/год), женской половой сферы (55—63), желудочно-кишечного тракта (39), меланомой кожи (47—65), раком легкого (25—36), саркомами мягких тканей и костей (23—34), лимфогранулематозом (64—89), неходжкинскими лимфомами (91—125 больных/год), а также опухолями иных локализаций.

Лечение проводится в стандартных дозах. Применяются следующие схемы: CMF, FAC, MFM, ELF, EAP, EP, CAV, MAID, CI VADIC, CVPP, ACOP, COP, ABVD, BEACOPP и др. Разработаны оригинальные режимы лечения с отечественными цитостатиками: 1) араноза+винкристин+дактиномицин, 2) араноза+винкристин+цисплатин для лечения диссеминированной меланомы кожи. Эффективность этих режимов — 31,6 % частичных регрессий. Для лечения диссеминированного колоректального рака разработана комбинация митомицин С+цисплатин+фторурацил+лейковорин, ее эффективность 23 %, включая 7,7 % полных регрессий опухоли. В последние годы в монорежиме и в лекарственных комбинациях все чаще используются цитостатики последнего поколения: таксаны, навельбин, гемзар, кампто, оксалилиплатин, кселода, тамудекс, мабтера, флюдарабин и др.

Эффективность комбинации TP (паклитаксел+цисплатин+фторурацил) при раке желудка составила 52,8 %, при раке пищевода — 41,6 % частичных регрессий опухоли; при раке шейки матки — 42,8 %, включая 7,1 % полных регрессий; при злокачественных опухолях головы и шеи — 80 %, включая 10 % полных регрессий. Эффективность трех лекарственных режимов (гемзар+этопозид+цисплатин, паклитаксел+этопозид+цисплатин, паклитаксел+гемзар+цисплатин) при немелкоклеточном раке легкого составила 52,9 %

частичных регрессий опухоли. Эффективность препарата мабтера при неходжкинских лимфомах составляет около 90 %. Эффективность двух современных режимов лечения лимфогранулематоза — BEACOPP, ABVD — около 80 %.

Проводится II фаза клинического изучения двух бинарных каталитических систем «терафтал + аскорбиновая кислота» и «оксикобаламин + аскорбиновая кислота», а также препарата имутеран (мышинные моноклональные антитела UKO-25). Исследования поддержаны фантом Правительства Москвы.

Доклад: Н. В. Богданова.

Методические и организационные проблемы амбулаторной химиотерапии

Центр амбулаторной диагностики и лечения опухолевых и предопухолевых заболеваний МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

Успехи химиотерапии, достигнутые за последние 20 лет, позволяют считать лекарственное лечение одним из основных средств воздействия на опухоль. Химиотерапия также стала отвечать насущным запросам общества по обеспечению приемлемого (должного) качества жизни больных, достижению фармако-экономической эффективности лечения. Производители даже известных химиопрепаратов сделали акцент на разработке более удобных лекарственных форм для применения пациентами: зофран в сиропе для детей, зофран в виде ректальных свечей для больных со стоматитом (решающий также проблемы жесткой временной привязки приема антиэметиков к введению цитостатиков); таблетированные (кселода, UFT) и депонируемые (золадекс) формы противоопухолевых средств. Появление имплантируемых катетеров и миниатюрных мобильных инфузаторов способствовало улучшению переносимости лекарственной терапии, расширению возможностей ее проведения без нарушения привычного ритма жизни и даже без прерывания активной трудовой деятельности на время лечения. Внедрение эффективных средств профилактики и коррекции побочных эффектов дало возможность перейти к 1- и 2-дневным схемам амбулаторной (внегоспитальной) лекарственной терапии.

Место проведения химиотерапии — в стационаре, амбулаторно или на дому — важно для оптимизации структуры медицинской помощи, планирования коечного фонда, определения штатного расписания лечебных учреждений и т. д. Это имеет значение и для больного, его родственников, социальной инфраструктуры, общества в целом. В этой связи применительно к противоопухолевой лекарственной терапии необходимы критерии отбора пациентов для проведения лечения в амбулаторных условиях или на дому. Необходимо учитывать состояние больного, специальные требования к процедуре введения препаратов, возможность контроля побочных эффектов. Вот почему амбулаторное противоопухолевое лекарственное лечение следует рассматривать не как обычную лекарственную терапию, проводимую в амбулаторных условиях, а как самостоятельный раздел лечебных воздействий. Это оправдывает постановку вопроса о введении системы подготовки и дополнительной клинической специализации соответствующих специалистов.

Наш опыт проведения амбулаторной химиотерапии, в т. ч. дозоинтенсивных и высокоэметогенных режимов, режимов с эскалацией дозы цитостатиков, показывает, что контроль токсических реакций достигается не только за счет адекватного применения средств их профилактики и коррекции, но и всей технологией лечебного процесса.

Доклад: А. М. Сдвижков, В. И. Борисов, О. Д. Смирнова, В. Л. Иванова, И. Д. Васильева.

Организация и современные возможности амбулаторной химиотерапии

Московский онкологический клинический диспансер № 1

Внедрение в клиническую практику большого количества новых, весьма активных противоопухолевых препаратов позволило значительно расширить показания к их использованию в онкологии. В настоящее время химиогормонотерапия и иммунотерапия показаны более чем 70 % больных со злокачественными опухолями. Кроме того, в последние два десятилетия большое внимание исследователей было направлено на поиск и создание препаратов для поддерживающей терапии.

До настоящего времени вопросы внедрения в широкую клиническую практику новых разработок ведущих онкологических центров по диагностике и лечению злокачественных опухолей являются весьма актуальными и не менее сложными в силу различных обстоятельств. Накопленный опыт использования различных схем химиогормонотерапии и иммунотерапии в стационарных условиях и современные возможности коррекции токсических осложнений, а также подготовленный высококвалифицированный штат врачей-химиотерапевтов позволили перейти к организации лекарственной терапии опухолей в амбулаторных условиях. В 1999 г. Правительством Москвы был утвержден «Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых по рецептам врача бесплатно или со скидкой» для проведения амбулаторной химиотерапии. В Перечень было включено 80 современных активных противоопухолевых препаратов и средств для поддерживающей терапии, таких как таксол, таксотер, навельбин, кселода, гемзар, этопозид, золадекс, аримидекс, фемара, касодекс, нейпоген и др.

Впервые в нашей стране сотрудники ОКД № 1 совместно с ведущими специалистами РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН и НИИ детской онкогематологии разработали стандарты для проведения химиотерапии в амбулаторных условиях, которые были утверждены Департаментом здравоохранения г. Москвы в 2000 г. В настоящее время организовано и функционирует 11 кабинетов и отделений амбулаторной химиотерапии во всех округах г. Москвы. На базе кабинетов и отделений развернуто 64 койки, на которых осуществляются все виды введений лекарственных средств, в т. ч. и длительные инфузии противоопухолевых препаратов и бифосфонатов. В 2000 г. было проведено 81 394 курса химиотерапии. Этот показатель уже в 2001 г. составил 102 390 (112,6 %), а в 2002 г. — 114 492, т. е. количество курсов увеличилось на 12,4 %. Так, при раке молочной железы в 2001 г. было проведено 64 807 курсов, а в 2002 г. — 73 946. Таким образом, имело место увеличение лекарственной помощи пациенткам с опухолями молочных желез на 14,1 %. Подобная тенденция наблюдается и при лечении рака предстательной железы и опухолей других локализаций. Внедрение в клиническую практику стандартов химиотерапии в амбулаторных условиях позволило значительно увеличить объем химиотерапии и повысить ее эффективность. Подтверждением этого факта является рост контингента больных раком молочной железы и предстательной железы. В 1999 г. на учете онкологов состояло 31 643 больных раком молочной железы, в 2001 г. — 34 685.

Количество больных раком молочной железы увеличилось за последних 3 года на 3040 человек, что составило 8,6 %. При раке предстательной железы этот показатель еще выше. В 1999 г. на учете состояло 3786 больных, а в 2001 г. — 4404, т. е. больше на 20,8 %. Таким образом, можно констатировать, что

проведение амбулаторной химиотерапии по единым стандартам позволило значительно повысить ее эффективность, уменьшить материальные затраты на ее осуществление, приблизить непосредственно к пациентам, улучшить комфортность лечения больных и качество их жизни.

Протокол заседания № 497, 24 апреля 2003 г.

Проблемы черепно-челюстно-лицевой онкохирургии

Председатели: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Демонстрация, доклад: А. М. Мудунов, О. М. Мелузова, Е. Г. Матякин, А. Э. Хазарян, А. Н. Седракан.

Опухоли основания черепа и подвисочной ямки

Опухоли основания черепа характеризуются комбинированным поражением анатомических структур как со стороны лицевого скелета, так и полости черепа. Их можно разделить по локализации и путям распространения соответственно проекции 3 черепных ямок: передней (полость носа, верхнечелюстная, лобная пазухи, клетки решетчатого лабиринта, орбита), средней (основная пазуха, носоглотка, подвисочная и крылонёбная ямки, среднее ухо) и задней (мягкие ткани шеи, шейные позвонки).

За 1980-2003 гг. проведено лечение 320 больных: 146 (45,6 %) с поражением придаточных пазух и полости носа, 167 (52,2 %) с опухолями, локализованными парафарингеально, 4 (1,2 %) с первичным поражением орбиты и 3 (1 %) больных раком кожи головы с распространением на основание черепа. У 168 (52,5 %) больных диагностированы злокачественные новообразования: в 80 случаях (47,6 %) — плоскоклеточный/аденокистозный рак. 60 (35,7 %) — саркомы. 7 (4,2 %) — злокачественная шваннома, 12 (7,1 %) — эстезионейробластома, 4 (2,4 %) — злокачественная хемодектома, 2 (1,2 %) — меланома, 3 (1,8 %) — базальноклеточный рак кожи лица с распространением на основание черепа. У 143 (44,7 %) пациентов имелись доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения структур основания черепа: 28 (19,6 %) — вагальные хемодектомы, 23 (16,1 %) — опухоли полости носа, придаточных пазух и носоглотки (ангиофиброма, фиброзная дисплазия и т. п.), 77 (53,8 %) — внеорганные парафарингеальные опухоли (шваннома, липома, невринома, лимфангиома и т. п.), 14 (9,8 %) — опухоли глоточного отростка околоушной слюнной железы, 1 (0,7 %) — шваннома орбиты. Менингиомы с экстракраниальным распространением составили отдельную группу из 9 (2,8 %) больных.

Использование УЗ-, КТ-, МРТ-диагностики (а при вовлечении сосудов — и ангиографии) позволяет в большинстве случаев установить правильный диагноз, оценить распространенность опухоли и ее связь с основными анатомическими образованиями (магистральные сосуды, крупные нервные сплетения, головной и спинной мозг), адекватно определить планируемый объем оперативного вмешательства.

Применение на первом этапе лечения химиолучевой терапии позволяет добиться значительной регрессии первичного очага и повысить резектабельность. Химиолучевое лечение с последующей операцией проведено 18 (5,6 %) больным. Паллиативная химиолучевая терапия — 36 (11,2 %) пациентам, при этом в 27,7 % случаев отмечена полная регрессия опухоли. Комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией (СОД 40—50 Гр) проведено 48 (15 %) больным плоскоклеточным/железистым раком придаточных пазух/полости носа и при злокачественных хемодектомах. Паллиативная лучевая терапия проведена 44 (13,7 %) больным;

в 6,8 % случаев отмечена полная клиническая регрессия. Оперативные вмешательства выполнены 223 (69,7 %) пациентам, из них 71 (31,8 %) — расширенно-комбинированные операции в объеме удаления верхней челюсти с одной/двух сторон, экзентерации и различных видов резекции стенок орбиты, резекции клеток решетчатого лабиринта, стенок лобных и основной пазух, твердой мозговой оболочки. Опухоли придаточных пазух/полости носа, удалялись через трансфациальный доступ с резекцией передней стенки гайморовой пазухи и боковой ринотомией. 12 (5,4 %) больным были выполнены паллиативные операции из-за большой распространенности процесса и невозможности удаления опухоли в едином блоке.

У 27 (8,4 %) больных имелось распространение опухоли в полость черепа. Для удаления таких опухолей использовались комбинированный краниофациальный доступ с резекцией пораженных структур основания черепа и последующим пластическим восстановлением дефекта: в 3 (11,1 %) случаях перикраниальным лоскутом, в 10 (37 %) — височной мышцей. При этом осложнения в виде преходящей ликвореи развились у 3 больных.

Для удаления парафарингеальных опухолей, располагавшихся преимущественно в подвисочной ямке, использовался наружный шейный доступ, который при более распространенных процессах комбинировался с резекцией ветви нижней челюсти и/или скуловой дуги — 6 (3,6 %) больных. В 10 (6 %) случаях опухоли подвисочной ямки вовлекали в процесс магистральные сосуды на шее с необходимостью резекции внутренней сонной артерии.

Осложнения после операций в области основания черепа развились у 27 (12,1 %) больных: менингит — 2 (0,9 %), парез половины гортани вследствие резекции блуждающего нерва — 5 (2,2 %), что у 3 (1,3 %) больных потребовало наложения экстренной трахеостомы, различные неврологические расстройства в виде парезов и параличей каудальной группы черепно-мозговых нервов (IX—XII), синдрома Горнера — 15 (6,7 %), ликворея — 3 (1,3 %), острое нарушение мозгового кровообращения — 2 (0,8 %), У 27 (8,4 %) больных отмечено прогрессирование опухоли в виде местных рецидивов, в основном после нерадикально выполненных операций. У 6 (1,8 %) пациентов в последующем одновременно выявлены регионарные и отдаленные метастазы.

Доклад: И. В. Решетов, В. И. Чиссов, С. А. Кравцов, А. П. Поляков, О. В. Маторин, М. М. Филювдин, М. В. Ратушный, Е. В. Батухтина.

Микрохирургическая реконструкция лица у онкологических больных

Отделение микрохирургии МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

Устранение функциональных и социально значимых дефектов мягких тканей лица и опорных структур лицевого скелета у радикально оперированных пациентов является сложной и актуальной проблемой современной онкологии и реконструктивно-пластической хирургии. Перспектива глубокой инвалидизации пациентов и необходимость надежной биологической изоляции жизненно важных структур (головного мозга, магистральных сосудов и пр.), к сожалению, являются нередко поводом для отказа от радикального хирургического лечения. В МНИОИ за 1991-2002 гг. накоплен опыт лечения 288 пациентов со злокачественными опухолями мягких тканей лица, лицевого скелета и полости рта. Распространенность опухолевого процесса соответствовала критериям T3—T4, преобладали эпителиальные опухоли. В резуль-

тате удаления опухолей были сформированы обширные дефекты мягких тканей (94), лицевого скелета (69), лицевого и мозгового черепа (72), черепно-челюстные и оральные (53). Для пластического закрытия этих послеоперационных дефектов применен метод микрохирургической аутоотрансплантации тканей. С этой целью использовано 309 аутоотрансплантатов: 82 кожно-фасциальных, 61 кожно-мышечных, 55 костно-мышечных, 8 костных и 103 висцеральных (сальниковый, желудочно-сальниковый и толстокишечный). При этом 16 висцеральных лоскутов (12 сальниковых и 4 толстокишечных) были сформированы из малоинвазивного доступа с использованием эндовидеоассистированной техники. В 21 случае применялась комбинация лоскутов из покровных тканей и органов брюшной полости для одномоментной или этапной комплексной реконструкции лица — восстановления мягких тканей, лицевого скелета и полости рта.

Послеоперационная летальность составила 1,5 %. Отмечено 11 тотальных некрозов аутоотрансплантатов, что составило 3,5 %. Закрытие дефектов достигнуто в 98 % случаев. Положительный результат реконструкции получен в 86,5 %. Социально адаптировано 86 % пациентов, вернулись к труду 32 %.

Таким образом, метод микрохирургической аутоотрансплантации тканей в лечении местнораспространенных злокачественных опухолей черепно-челюстно-лицевой зоны является надежным, обеспечивает возможность выполнения радикальных резекций лица и мозгового черепа, создает условия для функциональной и трудовой реабилитации.

Доклад: А. М. Сдвижков, В. И. Борисов, М. Р. Финкельштерн, С. В. Тяншин, И. В. Солдатов, А. Р. Фех, А. Г. Умеренков, Н. В. Панкина.

Современные технологии лечения при опухолях верхней и нижней челюстей, слизистой оболочки дна полости рта

Московский онкологический клинический диспансер № 1

С 1998 по 2002 г. в ОКД № 1 проведено лечение 92 пациентов с местнораспространенными злокачественными опухолями верхней челюсти, у 13 из них с распространением на основание черепа; а также 24 больных с опухолями альвеолярного отростка нижней челюсти и слизистой оболочки дна полости рта.

В 101 случае выявлен плоскоклеточный рак, в 7 — железистый, в 2 — недифференцированный, в 3 — аденокистозный. В 3 случаях диагностированы саркомы. Выполнялись операции в объеме комбинированной электрохирургической резекции верхней челюсти (36) или резекции (экзартикуляции) нижней челюсти (16), краниофациальные резекции верхней челюсти (9), во многих случаях выполнялась одномоментная пластика различными трансплантатами. 55 больным проводилось химиолучевое лечение.

Внутриартериальная регионарная полихимиотерапия в комплексном лечении больных со злокачественными опухолями верхней и нижней челюстей и слизистой оболочки дна полости рта применена у 56 больных. Химиопрепараты вводили в катетеризированную поверхностную височную артерию. Катетер устанавливали ретроградно на уровне, соответствующем кровоснабжению зоны опухоли. Полихимиотерапия использовалась в предоперационном периоде для повышения резектабельности и улучшения онкологических результатов лечения. Полная регрессия опухоли достигнута у 20 больных, частичная — у 26, прогрессирование процесса наблюдалось у 10.

В результате операций при местнораспространенных опухолях верхней и нижней челюстей и слизистой оболочки дна полости рта образовывался обширный дефект тканей, либо

не совместимый с жизнью, либо приводящий к инвалидизации. Закрытие подобного рода дефектов осуществлялось с помощью пересадки различных комплексов тканей. У 36 пациентов был использован метод свободной микрохирургической аутоотрансплантации: торакодорсального лоскута — в 20 наблюдениях (из них в 6 случаях с включением фрагмента ребра), лоскута на основе прямой мышцы живота и лучевого — в 3 и 6 наблюдениях. У 11 пациентов был использован метод пластики перемещенными трансплантатами: надкостницей свода черепа — в 5 наблюдениях, фрагментом жевательной мышцы — в 6. При этом восстановление целостности костных структур выполнено установкой титановых имплантатов в 14 случаях либо васкуляризованными микрохирургически костными трансплантатами — реберным или малоберцовым — в 7 наблюдениях. С целью повышения абластики при удалении обширных опухолей и улучшения отдаленных онкологических результатов у 14 больных применен метод интраоперационной фотодинамической либо лучевой терапии. При 12 операциях на верхнечелюстных пазухах использована эндоскопическая техника, которая позволила, не уменьшая радикализма вмешательства, минимизировать травматичность и ускорить период реабилитации.

Использование современных технологий в лечении пациентов, страдающих местнораспространенными опухолями верхней/нижней челюсти и слизистой оболочки дна полости рта, позволило улучшить результаты лечения, ускорить функциональную и эстетическую реабилитацию пациентов. В сроки от 6 мес. до 4 лет прослежено 95 пациентов, 36 (37 %) из них — без признаков рецидива и генерализации.

Протокол заседания № 498, 22 мая 2003 г.

Опухоли опорно-двигательного аппарата

Посвящено памяти академика Н. Н. Трапезникова

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Академик Н. Н. Трапезников — основатель онкологической ортопедии

Николай Николаевич Трапезников провел в стенах Онкологического центра почти 50 лет своей научной и врачебной деятельности, пройдя путь от ординатора до директора, заменив на этом посту Н. Н. Блохина. Н. Н. Трапезников принимал активное участие в формировании и развитии РОНЦ как головного учреждения в онкологии. Наиболее значительные научные результаты были получены при разработке проблем лечения больных с опухолями костей, мягких тканей, меланомой кожи. При этом были разработаны и внедрены в клиническую практику методики органосохраняющих операций, экспресс-протезирование (на операционном столе после ампутации), другие методы реабилитации. Исследования возглавлявшихся им творческих коллективов дважды (1977, 1999) удостоивались Государственной премии в области науки и техники.

Н. Н. Трапезников уделял большое внимание подготовке врачебных и научных кадров. Более 25 лет он заведовал кафедрой онкологии ММА им. И. М. Сеченова. Под его руководством защищено 41 докторская и 54 кандидатских диссертаций. Среди его учеников 4 руководителя институтов и 11 профессоров. Он являлся автором более 400 научных публикаций, в т. ч. 10 монографий, изданных в нашей стране и за рубежом. Н. Н. Трапезников выполнял большую организационную работу: возглавлял разработку Федеральной программы «Онкология», руководил онкологическим направле-

нием программы «Национальные приоритеты в медицине и здравоохранении», Межведомственным научным советом по проблеме «Злокачественные новообразования».

Академик Н. Н. Трапезников внес весомый вклад в координацию научных исследований по проблемам опухолей костей и мягких тканей. Эти исследования продолжены после его смерти, а также намечены перспективные направления научного поиска. Предполагается разрабатывать (с учетом факторов прогноза и ответа на индукционную терапию) индивидуальные планы лечения, добиваться снижения частоты осложнений и рецидивов при эндопротезировании. Будет продолжено накопление опыта повторного (ревизионного) эндопротезирования, протезирования при сложных анатомических локализациях. Перспективы хирургии таза связаны с внедрением компьютерного моделирования реконструкции пострезекционных дефектов. Общие перспективы развития онкологической ортопедии видятся в поиске новых, патогенетически обоснованных режимов комбинированного лечения первичных опухолей костей, мягких тканей, разработке комплексной программы ортопедической поддержки онкологических больных, продолжении фундаментальных исследований по биологии опухолей, использовании достижений генной и тканевой инженерии,

Доклад: М. Д. Алиев.

Современные достижения в лечении больных с опухолями костей и мягких тканей

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

В середине 60-х годов XX в. под руководством академика Н. Н. Трапезникова в Онкологическом центре была создана клиника, где больным с опухолями костей и мягких тканей проводился весь комплекс лечения — от химиорадиотерапии и операции до реабилитационных мероприятий. В наши дни в клинике накоплен материал, касающийся морфологии, биологических особенностей, методов диагностики и терапии более 4000 больных с первичными опухолями костей и более 3000 с первичными и рецидивными саркомами мягких тканей. Достижения клиники кратко могут быть сформулированы следующим образом:

Хирургическое лечение проводится комплексно, с применением химиолучевой терапии. Более 30 % больных с костными саркомами переживают 5-летний срок, в то время как после только хирургического или лучевого лечения этот показатель не превышает 7 %. Прогноз в значительной мере определяется чувствительностью опухолей к лекарственной терапии. При полном некрозе опухоли вероятность излечения больного остеосаркомой превышает 80 %. С 1999 г. в клинике используется режим лекарственной терапии, включающий 96-часовую внутривенную инфузию доксорубина в дозе 90 мг/м^2 и 2-часовую внутриартериальную инфузию цисплатина в дозе 120 мг/м^2 . При этом в 4 раза возросла частота больных с выраженным локальным эффектом в виде полного некроза опухоли. Применение комбинированных методов при саркомах мягких тканей изменило отношение к этой группе опухолей как резистентным к химиолучевой терапии. Эффект лечения зависит от степени злокачественности и размера опухоли. Лучшие результаты достигнуты при высокодифференцированных опухолях. Показатель 5-летней выживаемости составляет 65—75 %.

Разработаны и внедрены в практику новые способы замещения костных дефектов. При этом 80—90 % больных с саркомами костей стали излечиваться без тяжелых, инвалидизирующих операций. Среди применяемых технологий метод

замещения костных дефектов крупными человеческими аллотрансплантатами, замещение пострезекционных дефектов металлическими эндопротезами отечественного и зарубежного производства. Установлено более 600 эндопротезов длинных трубчатых костей и крупных суставов. При опухолях, поражающих кость на большом протяжении, разработана техника их тотального замещения эндопротезами. Для замещения обширных дефектов длинных трубчатых костей и фиксации костных аутотрансплантатов применяется метод Илизарова. Выполнено более 40 замещений костных дефектов протяженностью от 8 до 20—25 см. Значительно расширены показания к резекциям костей таза и крестца (выполнено более 150 операций). Новые методики обладают рядом неоспоримых преимуществ и обеспечивают удовлетворительное качество жизни и социальную реабилитацию пациентов.

Расширены возможности выполнения органосохраняющих вмешательств благодаря пластике магистральных сосудов и реконструкции костных мягкотканых дефектов трансплантатами на микрососудистых анастомозах. Пластика свободными костными и костно-мышечными трансплантатами становится рутинной операцией. При местнораспространенных саркомах костей и мягких тканей широко используется методика резекции магистральных сосудов с последующей пластикой сосудистыми протезами или аутовеной. Частота местных рецидивов после таких вмешательств не превышает 5 %.

Достигнут прогресс в лечении больных с генерализованными опухолями и метастазами в кости. Применение метода Илизарова при патологических переломах костей (у 50 больных) позволяет достигать надежной фиксации перелома, ранней активизации больного и безотлагательного начала противоопухолевого лечения. Через 4—6 мес. в случае эффективности противоопухолевой терапии формируется полноценная костная мозоль, а после демонтажа фиксирующего аппарата функции конечности и суставов практически полностью восстанавливаются. Наиболее показательные результаты получены у больных метастатическим раком молочной железы, осложненным переломом шейки бедра. При метастазах в позвоночник проведено комбинированное лечение более 100 больных. Выполнялись декомпрессивные ламинэктомии (в различных вариантах) и чрескожная вертебропластика костным цементом.

Доклад: Ю. Н. Соловьев.

Стратегия диагностики опухолей костей

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Диагностика новообразований костного скелета требует комплексного участия в этой работе нескольких специалистов, детального аналитического учета клинических, радиологических, гистологических и некоторых других данных. Участие расширенного состава профессионалов — онколога-хирурга, рентгенолога, патолога, иногда молекулярного биолога и даже генетика — только на первый взгляд может показаться несколько громоздким. Однако именно такой комплексный подход к диагностике новообразований костной системы является лучшим способом избежать диагностических ошибок и выбрать наиболее адекватное лечение.

Выбор адекватного лечебного подхода при опухолях и опухолеподобных процессах в костях особенно важен в связи с вероятностью выполнения неоправданно расширенных или калечащих операций. В связи с чрезвычайной редкостью опухолей костей как в общей клинической, так и онкологической практике большую роль в принятии ре-

шений имеет опыт специалистов, участвующих в лечебно-диагностическом процессе. Следует помнить, что мнение каждого из них в отдельности может оказаться ошибочным и привести к назначению неадекватных методов лечения. Известно, что существуют трудные для интерпретации зоны поражения скелета, в которых обнаруживаются минимальные признаки гистологической атипии. Когда получено первоначальное впечатление об опухоли, патологоанатом должен обсудить дифференциальный диагноз со своими коллегами рентгенологами и клиницистами. Если первоначальный рентгенологический (рентгенографический, КТ, МРТ) и гистологический диагнозы совпадают, возможность диагностической ошибки минимальна. Очевидно, что наибольшую целесообразность в диагностическом и лечебном процессе при подозрении на опухолевое поражение скелета представляет комплексная оценка всех клинических материалов. Абсолютное большинство поражений, подозрительных по принадлежности к опухоли, требует морфологической верификации. Поэтому при выполнении биопсии всегда необходимо соблюдать условия, удовлетворяющие по объему и локализации ткани возможности полноценного морфологического исследования, ни в коем случае не пренебрегая при этом интересами больного. Каждый патолог перед началом гистологического исследования должен лично ознакомиться с рентгенологической картиной поражения. Полученная при этом информация дает представление о локализации, форме и размере патологического очага, литическом или продуктивном характере поражения, реакции прилежащих тканей. Такая информация создает предпосылки для диагностического суждения. Особую группу составляют так называемые круглоклеточные злокачественные новообразования костей, к которым относят саркому Юинга и различные лимфомы кости. С введением в тактику диагностических исследований методов иммуногистохимии с применением специфических моноклональных антител (определение М1С2, CD99, CD45 и десмина) удается проводить между ними дифференциальный диагноз. Использование новых методик требует дальнейшего изучения, т. к. некоторые реакции пока не всегда поддаются адекватной трактовке.

Доклад: И. В. Решетов, В. Я. Чиссов, С. А. Кравцов, О. В. Моторин, А. П. Поляков, М. М. Филишин, М. В. Ратушный, Е. В. Бахутина.

Микрохирургический компонент в лечении и реабилитации больных со злокачественными опухолями опорно-двигательной системы
МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

Ежегодно в России выявляется более 3000 опухолей опорно-двигательной системы. Среди них 40 % составляют первичные, а 60 % — рецидивные опухоли после нерадикальных операций. Применение хирургического лечения, в т. ч. с микрохирургическим компонентом, позволяет добиться радикализма и обеспечивает максимальную функциональную реабилитацию. В МНИОИ выполнены расширенные органосохраняющие резекции 160 больным с саркомами опорно-двигательной системы, альтернативой были ампутации. Преобладали пациенты с местнораспространенными опухолями. Метод микрохирургической аутотрансплантации тканей для пластического закрытия дефектов применен у 70 больных; 16 выполнена пластика свободными кожно-мышечно-костными аутотрансплантатами, остальным — салником и кожно-фасциальными, кожно-мышечными, кост-

ными ревазуляризованными аутотрансплантатами. (У 90 пациентов послеоперационные дефекты устранены перемещенными лоскутами.) Полный некроз вследствие тромбоза сосудистых анастомозов отмечен у 2 (2,8 %) из 70 больных, краевой некроз трансплантата — у 6.

План органосохранного лечения успешно реализован в 91,2 % наблюдений. Частота рецидивов (при сроке наблюдения не менее 3 лет) составила при хирургическом лечении 12,5 %, комбинированном — 10,7 %, комплексном — 7,4 %, а в контрольной группе (ампутации и экзартикуляции) — 18,9 %. 5-летние результаты органосохранного лечения с пластикой: при комбинированном лечении — 48 %, комплексном — 75 %, хирургическом — 64,2 %, а в контрольной группе — 34,8 %. Функционально реабилитированы 89,5 % оперированных. У 60 % больных реабилитация была завершена в срок до 3 мес. после операции. Применение пластического замещения сочетанных костных и мягкотканых дефектов конечностей позволяет обеспечить радикальность органосохранного лечения и повысить эффективность реабилитации.

Доклад, представление книг: А. Н. Махсон, Н. Е. Махсон, А. С. Бурлаков.

Современная ортопедическая онкология в городском здравоохранении

Онкологическая больница № 62

Ортопедическая онкология — пограничная хирургическая специальность, которая одновременно решает вопросы онкологии и ортопедии (при соблюдении онкологических принципов). Частота рецидивов независимо от гистологической структуры опухолей при этом не превышает 2 %. Органосохраняющие операции обеспечивают функцию пораженной опухоли конечности и трудоспособность. При соблюдении показаний к подобным операциям, которые выполнимы более чем у 78—85 % больных, онкологические исходы ничем не отличаются от результатов калечащих ампутаций и экзартикуляции.

За 1972—2003 гг. оперировано 693 больных с первичными и метастатическими новообразованиями костей и суставов. Как показал наш опыт, после резекций костей тазового и плечевого пояса замещения дефектов скелета не требуется. При других локализациях опухолей, как правило, необходимо замещение дефектов костей и мягких тканей эндопротезами различных конструкций, перемещение или пересадка блоков собственных тканей больного, использование аппаратов внешней фиксации или погружных аппаратов.

При первичных поражениях длинных трубчатых костей чаще всего выполнялось эндопротезирование. Мы располагаем опытом 190 резекций суставных концов хшнных трубчатых костей с замещением дефектов эндопротезами различных конструкций. Помимо этого 12 больным произведено тотальное удаление бедренной кости, 9 — плечевой кости с эндопротезированием. За последние годы мы применяем пересадки аутотрансплантатов на микрососудистых анастомозах. Этот метод позволяет замещать не только обширные дефекты костей, но и мягких тканей. Кроме того, эта методика лишена специфических осложнений эндопротезирования. Пересадка блоков собственных тканей выполнена 97 больным.

Наряду с перечисленными выше вариантами пластики применялись модифицированные нами методики Н. А. Богораза, Г. А. Илизарова, А. И. Блискунова, Ваннеса. Размер дефекта после резекции трубчатой кости составлял до 20 см. После резекции сегмента конечности по Богоразу удлинение

костей на двух уровнях продолжалось до 1,5 лет. У всех больных восстановлена опорность нижней конечности. У 15 больных использован аппарат Илизарова, у 5 — его комбинировали со штифтовым аппаратом.

Отдельную, чрезвычайно сложную проблему представляют радикальные резекции грудной стенки. Применение микрохирургической техники в сочетании с эндопротезированием позволяет замещать практически любые дефекты грудной стенки. За 20 лет в нашей больнице прооперировано 202 больных с метастатическими опухолями костей различных локализаций. При этом лишь 21 больному произведена ампутация или экзартикуляция, остальным выполнены различные органосохраняющие вмешательства, включая резекции тазового и плечевого пояса. При солитарных метастазах в кости мы оперируем больных также, как при первичных злокачественных опухолях. Резекции костей с аутопластикой на микрососудистых анастомозах мы рекомендуем только при солитарных метастазах с поражением диафиза длинной кости или суставного конца плечевой кости в отдаленные сроки после лечения первичной опухоли.

При множественных метастазах с патологическим переломом кости или угрозой перелома, выраженном болевом синдроме показана паллиативная операция, направленная только на улучшение качества жизни (резекции с эндопротезированием, внедрение штифтов и пластин, вплоть до ампутации конечности). Главное — избавить пациента от болевого синдрома, который не поддается другим методам лечения. Средний показатель общего состояния по шкале Карновского до операции составлял 28 баллов, а после — 66.

Представленные в докладе современные принципы диагностики и лечения при поражениях скелета изложены в трех ключевых монографиях, известных практическим врачам:

Адекватная хирургия при опухолях плечевого и тазового пояса. - М., 1998. - 165 с.

Адекватная хирургия при опухолях конечностей. — М., 2001. - 135 с.

Хирургия при метастатических опухолях костей. — М., 2002. - 120 с.

Протокол заседания № 499. 19 июня 2003 г.

Научные разработки проф. Б. Е. Петерсона (1923-1981)

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Профессор Б. Е. Петерсон — классик отечественной онкологии

Борис Евгеньевич Петерсон родился 14 июня 1923 г. в г. Горький в семье врачей. Окончив медицинский институт, работал в Горьковском институте травматологии и ортопедии под руководством проф. Н. Н. Блохина, в клинике проф. Е. Л. Березова, а также ассистентом (а затем — доцентом) кафедры хирургии.

Накопленный опыт позволил Б. Е. Петерсону возглавить в 1958 г. в Москве 1-е хирургическое отделение Института экспериментальной и клинической онкологии (в последующем — отделение торакальной онкологии РОНЦ). С 1964 г. Б. Е. Петерсон руководил кафедрой онкологии Центрального института усовершенствования врачей (ныне — Российской медицинской академии последипломного образования). Результатом его творческой деятельности стали монографии «Рак легкого», «Рак проксимального отдела желудка», многочисленные публикации, организация усовершенствования по онкологии в регионах.

С 1977 по 1981 г. Б. Е. Петерсон был директором МНИОИ им. П. А. Герцена, где многогранно проявились его качества ученого, педагога, руководителя и организатора. Проф. Б. Е. Петерсон был также членом союза художников. На стенах профессорского кабинета висели картины кисти живописца Б. Е. Петерсона. В день заседания мы увидим их вновь. В РОНЦ будет открыта выставка художественных произведений основателя клиники торакальной онкологии.

Доклад: М. И. Давыдов.

Проф. Б. Е. Петерсон — основатель клиники торакальной хирургии онкологического центра РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Назначение Б. Е. Петерсона заведующим первым хирургическим отделением НИИ экспериментальной патологии и терапии рака в 1958 г. считается датой основания торакальной клиники РОНЦ.

В созданном тогда подразделении выполнялись операции по поводу опухолей легкого и средостения, пищевода и проксимального отдела желудка. Коллектив хирургов новой клиники стал накапливать опыт и отрабатывать методики операций, которые и в наши дни считаются наиболее сложными оперативными вмешательствами в онкологии. Здесь и далее упомянем лишь тех специалистов из числа многих, прошедших школу торакальной хирургии, профессионалов, кто как минимум дополнил свою квалификацию получением ученой докторской степени. В неполном, возможно, списке: В. Ф. Абрамов, П. И. Абесадзе, А. М. Авдеев, Х. А. Абисатов, Н. Г. Блохина, В. В. Брюзгин, Л. Е. Денисов, К. П. Лактионов, В. П. Летягин, А. М. Липатов, В. И. Лященко, К. Ж. Мусулманбеков, А. И. Пирогов, В. И. Плотников, Б. К. Поддубный, В. В. Пророков, В. Ф. Странадко, Н. Н. Трапезников, А. Е. Тулеуов.

Результатами их усилий стало внедрение торакальных операций в онкологических учреждениях страны (в т. ч. и благодаря выполнению многочисленных — в подлинном смысле образцово-показательных — операций во время выездных циклов/курсов усовершенствования врачей), выход в свет этапных монографий «Рак легкого», «Рак проксимального отдела желудка» и др.

Следует особо отметить роль проф. А. И. Пирогова, который возглавил Клинику после того, как проф. Б. Е. Петерсон был назначен директором МНИОИ им. П. А. Герцена. Под руководством нового заведующего, развившего накопленный в Клинике потенциал, хирургическая тактика стала более активной, продолжилось накопление опыта операций при раке желудка, опухолях легкого и средостения. Состоялось становление нового поколения торакальных хирургов. Среди них А. Б. Германов, М. И. Давыдов, В. С. Мазурин, Б. Е. Полоцкий, наши коллеги Ж. А. Арзыкулов, Х. С. Бебезов, М. И. Бейшенбаев, А. К. Макишев и др.

В числе современных разработок торакального отделения — усовершенствование различных методик оперирования «острым» путем, с визуализацией и обработкой магистральных сосудов, выполнением полной («систематической») медиастинальной и D²—D³ забрюшинной лимфодиссекции, формированием простых и надежных анастомозов. Следует отметить, что успехи торакальной хирургии обеспечивались также существенным прогрессом анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии.

В современной практике торакальной клиники — выполнение одномоментных субтотальных резекций пищевода с эзофагопластикой желудком и формированием эзофагогастроанастомоза в куполе правой плевральной полости, одно-

моментных резекций пищевода и легкого в случаях пищеводно-бронхиальных свищей; резекций пищевода и трахеи при раке верхнегрудного отдела пищевода; операций при опухолях верхней грудной апертуры и т. п. Среди достижений Клиники две трансплантации трахеи, разработка и выполнение комбинированно-расширенных операций, получивших название неклассифицируемых, т. е. при которых границы резекции пораженных органов и тканей превышают пределы, указанные в хирургических руководствах.

Доклад: В. И. Чиссов.

Проф. Б. Е. Петерсон — организатор онкологической науки

МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

Борис Евгеньевич Петерсон — один из ведущих онкологов страны и организаторов онкологической науки. В 1977 г. он возглавил Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена, а также кафедру онкологии 2-го Медицинского института им. М. И. Пирогова. В старейшем Российском онкологическом учреждении Б. Е. Петерсон развернул широкую программу научных исследований по диагностике и лечению ранних форм злокачественных новообразований, т. к. видел решение онкологической проблемы в начале лечения на ранних стадиях заболевания. Результатом этих исследований стало издание монографии «Ранняя онкологическая патология».

Хирургическому лечению больных с опухолями Б. Е. Петерсон посвятил всю свою жизнь. Им разработаны многочисленные операции по поводу злокачественных образований. Эти операции продолжают применяться во многих онкологических и хирургических клиниках, в наиболее сложных разделах онкохирургии — при раке легкого, пищевода и проксимального отдела желудка. Атлас онкологических операций, вышедший под руководством Б. Е. Петерсона, известен среди хирургов и онкологов.

Б. Е. Петерсон возглавлял научный совет по проблеме «Злокачественные новообразования» при Минздраве Российской Федерации, правление Всероссийского научного общества онкологов, представлял отечественных ученых на международных конгрессах и конференциях, был экспертом ВОЗ по проблеме рака желудка и членом комитета Международного противоракового союза. Под его руководством в научных исследованиях МНИОИ участвовали многие онкологические учреждения и практические диспансеры. Б. Е. Петерсон подготовил многочисленные научные кадры. Под его руководством защищено 18 докторских и 39 кандидатских диссертаций.

Доклад: С. Б. Петерсон.

Опыт эндоскопической хирургии при раке пищевода
ММА им. И. М. Сеченова, МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

С 1996 г. возможности эндоскопической хирургии расширены с применением видеоассистированных методов оперирования. Для повышения эффективности диагностики и уточнения стадии целесообразно применение эндоскопической хирургии, а при отсутствии метастазов ниже диафрагмы необходимо иссечение паракардиальной клетчатки с обеих сторон. Лапароскопия выполнена также для формирования гастростомы (у 3 больных с нерезектабельными опухолями), что позволило обеспечить полноценное энтеральное питание в случаях, когда реканализация просвета пищевода либо введение стента оказывались невыполнимыми.

Медиастиноскопия как дополнительный этап диагностики распространенности опухоли выполнена 9 больным, в ос-

новном при раке средне- и верхнегрудного отдела пищевода, а также при необходимости формирования внеплеврального (пищеводно-желудочного) анастомоза. Медиастиноскопия дополнялась видеоассистированной ревизией и удалением глубоких клетчаточных пространств шеи, зоны верхней апертуры, верхнего средостения, правой паратрахеальной и трахеобронхиальной клетчатки.

При торакокопии у больных раком шейного отдела пищевода имеется техническая возможность экстирпации пищевода из шейно-диафрагмального доступа, однако без адекватной медиастинальной лимфаденэктомии. В этой связи дополнение доступа видеомедиастиноскопией как со стороны шеи, так и со стороны брюшной полости позволяет, благодаря лучшей визуализации средостения, выполнить удаление пищевода более безопасно и с полным объемом лимфодиссекции.

Протокол заседания № 500, 25 сентября 2003 г.

Лимфодиссекция средостения в хирургии немелкоклеточного рака легкого

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: М. И. Давыдов, С. М. Волков, Б. Е. Полоцкий, С. С. Герасимов, К. К. Лактионов.

Обоснование и результаты медиастинальной лимфаденэктомии

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Прогресс хирургии рака легкого в РОНЦ связан прежде всего с медиастинальной лимфодиссекцией (лимфаденэктомией). Поэтому сопоставление результатов операций, выполненных без удаления клетчатки и лимфатических узлов средостения, и операций после внедрения в практику лимфодиссекции представляет интерес для обсуждения путей совершенствования хирургического лечения.

Проанализированы 2365 радикальных операций, из которых 855 выполнены в 1960-1970-х годах, 920 — в 1980-х и 590 — в 1990-х годах. Ранее, в 1960-1980-х годах, выполнялись преимущественно типичные или стандартные операции, т. е. по Б. Е. Петерсону и соавт. (1971), «...с удалением клетчатки и подозрительных по метастазированию лимфатических узлов корня легкого и средостения», в 1980-х годах — с «удалением корневых, верхних и нижних (бифуркационных) трахеобронхиальных лимфатических узлов с окружающей клетчаткой» (Б. Е. Полоцкий). В 1990-х годах выполнялись операции расширенные на путях лимфооттока, т. е. с полной медиастинальной лимфодиссекцией на стороне опухоли. «Общим этапом... операций... является удаление клетчатки и лимфатических узлов средостения — трахеобронхиальных верхних и нижних, трахеальных... передних средостенных (превенозных)» (М. И. Давыдов, Б. Е. Полоцкий, 1994). Частота расширенных и комбинированно-расширенных операций в трех анализируемых группах составила 9,0, 41,2 и 94,1 % соответственно. Это наиболее значительное изменение из всех анализируемых параметров ($X^2=1033,6$ (!); $k=4$; $p<,0001$) стало основной причиной улучшения результатов. Операции 1990-х годов выполнялись при меньших ($p<,0,001$) возможностях адаптации и большей ($p<,0,001$) распространенности опухолей. Комбинированное лечение проведено только 12,0, 17,1 и 15,4 % больным соответственно.

Расчеты продолжительности жизни выполнены актуаральными методами. Из 2365 оперированных в 1960—1999 гг.

768 пережили 5 лет, 166 выбыли или еще не дожили до 5-летнего срока. Предлагаемая форма записи количества наблюдений для актуариального расчета в данном случае: 768/166/2365. Показатели 1—3—5-летней выживаемости по Cutler-Ederer (1958) составляют в этой группе 79,7, 49,5 и 37,6 % соответственно. (Таким образом, 5-летняя продолжительность жизни по фактическим данным (без учета 166 выбывших) составляет 34,9 %, а 5 лет могут пережить 32,5—39,5 % больных.) Среди оперированных в 1960—1979, 1980—1989 и 1990—1999 гг. количество наблюдений составило 237/54/855, 298/62/920 и 233/50/590 соответственно. В этих анализируемых группах отмечено снижение непосредственной (до 3 мес.) летальности (8,5, 4,9 и 5,9 %), повышение 1—3—5-летней выживаемости. Она составила в сопоставляемых группах за 1 год 74,6, 82,0 и 83,7 %. за 3 года — 45,6, 48,9, 56,1 % и за 5 лет — 32,0, 37,2 и 46,4 % соответственно ($X^2=10,3$; $p<0,01$; log-rank test). Таким образом, изменения продолжительности жизни обусловлены не специальным отбором больных, не снижением непосредственной летальности (хотя и повлиявшим, разумеется, на итоговые показатели), так же как и не противоопухолевым эффектом комбинированного лечения. Прогресс в хирургии достигнут благодаря большему радикализму операций, прежде всего вследствие выполнения медиастинальной лимфодиссекции (лимфаденэктомии).

Это подтверждается снижением частоты прогрессирующего процесса, в т. ч. его местных проявлений. Так, у 389/855 (45,5 %) оперированных в 1960—1970-х годах диагностировано прогрессирующее опухати: при этом у 223 (26,1 %) выявлены отдаленные проявления опухати в различных органах и тканях, а у 166 (19,4 %) — местные, в зоне ранее выполненного оперативного вмешательства. После операций 1980-х годов частота прогрессирующего оставалась аналогичной 442/920 (48,0 %), но с тенденцией к уменьшению местных проявлений прогрессирующего: частота отдаленных метастазов оказалась 319 (34,7 %), а местных (в средостении) — 123 (13,4 %). В 1990-х годах частота прогрессирующего достоверно уменьшилась и составила только 219/590 (37,1 %): при отдаленных проявлениях прогрессирующего — 177 (30,0 %), местных — 42 (7,1 %).

Положение о том, что расширение границ вмешательства на путях лимфооттока является решающим условием повышения радикализма подтверждается также результатами операций, выполненных при опухатях I стадии. Анализируемые группы составлены из 180/41/509, 195/25/463 и 135/23/246 больных соответственно. Различия в этих группах по 1—3-5-летней продолжительности жизни проявились не менее демонстративно, чем при анализе без выделения стадий ($X^2=9,33$; $p<0,01$; log-rank test). Выживаемость составила соответственно 80,6, 89,2, 62,9 % за 1 год. 56,6, 60,1, 74,8 % — за 3 года и 41,1, 46,1, 62,9 % — за 5 лет. Выявленные различия объясняются тем, что в 1960—1979 гг. когда расширенные операции еще не были внедрены в клиническую практику, лимфогенные метастазы оставались нераспознанными при торакотомии, искажали стадийность, а проявлялись при последующем течении заболевания, что занижало отдаленные результаты считавшихся радикальными операций. Показатели изменились как результат выполнения расширенных операций, сопровождавшихся медиастинальной лимфодиссекцией, в т. ч. и по принципиальным соображениям. Расширенные операции способствовали более точному определению стадий. Кроме того, удаление основных путей распространения опухоли вместе с потенциальными, в т. ч.

клинически еще не определявшимися метастазами, действительно приводило к снижению частоты последующего прогрессирующего процесса.

Таким образом, именно медиастинальную лимфодиссекцию следует считать основным фактором, определяющим совершенствование хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого.

Ответы на вопросы. Рандомизация не проводилась, т. к. наше исследование включало ретроспективный материал, который был разделен по десятилетиям в зависимости от изменения лечебной тактики и объема выполнявшихся операций. Сегодня появились также новые диагностические возможности, в частности ПЭТ, которая позволяет выявлять «скрытые» метастазы.

Доклад: В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг, Г. А. Франк, Н. Н. Волченко, М. А. Стукалов, К. И. Колбанов.

Варианты лимфогенного метастазирования и объем медиастинальной лимфаденэктомии

МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ

При раке легкого имеются закономерности (последовательность и этапность) лимфотока и ипсилатерального регионарного метастазирования в зависимости от локализации опухоли. Частота поражения средостенных лимфатических узлов зависит от размера первичной опухоли: при T¹ — у 11,8 % больных, при T²—T³ — у 38,6 % и при T⁴ — у 50,0 %. «Прыгающий» вариант метастазирования встречается от 1,5 % при T¹ до 20 % при T⁴. Эти показатели нарушенной последовательности лимфогенного метастазирования не исключают необходимости скрупулезной ревизии всех зон возможного поражения внутригрудных лимфатических узлов независимо от макроскопического их вида, величины и гистологической структуры первичной опухоли.

Торакотомия, медиастинотомия от купола плевры до легочной связки, кпереди и кзади от корня легкого являются завершающим этапом уточняющей диагностики. Срочное интраоперационное цитологическое исследование удаленной клетчатки и лимфатических узлов средостения — объективный метод оценки их состояния, дающий возможность определить в процессе операции стадию заболевания, объем вмешательства и медиастинальной лимфаденэктомии, особенно при органосохраняющих операциях с первичной опухолью в пределах T¹⁻². Достоверность срочной интраоперационной цитологической диагностики составляет 97,8 %, ложноотрицательные заключения (гиподиагностика) — 1,4 % случаев, ложноположительные (гипердиагностика) — 0,7 %. Чувствительность метода составляет 96 %, специфичность — 99 %.

Верхние трахеобронхиальные лимфатические узлы, включая узлы дуги непарной вены справа, пара- и субаортальные слева, являются сигнальными («сторожевыми») II (средостенного) этапа метастазирования для верхних долей, нижние трахеобронхиальные (бифуркационные) — для нижних долей легких. При отсутствии метастазов в узлах, относящихся к N¹, и в средостенных «сторожевых» лимфатических узлах остальные узлы средостения в 95 % случаев также интактны.

Стандартным объемом медиастинальной лимфаденэктомии при НМРЛ I стадии (T¹⁻²N⁰M⁰), которую многие авторы относят к расширенной, является удаление кроме узлов в пределах N¹ (легочных, бронхопюльмональных и корневых) верхних средостенных (трахеобронхиальных, включая узлы непарной вены справа и пара-, субаортальные слева, паратрахеальных, претрахеальных(ретрокавалных), ретротрахеальных) и нижних средостенных (бифуркационных, околопищеводных и узлов ле-

точной связки) лимфатических узлов в зависимости от локализации опухоли в долях легких. 5-летняя выживаемость больных раком легкого IA стадии, по данным литературы, колеблется от 68,2 до 84,0 %, а при IB — от 50,4 до 68,0 %. По материалам МНИОИ — 72,5 и 60,4 % соответственно.

При первичной опухоли T¹₄ и поражении метастазами сигнальных лимфатических узлов расширенная медиастинальная лимфаденэктомия является обязательным объемом радикальной операции. Поражение всех зон средостенных лимфатических узлов в виде конгломератов, прорастающих в клетчатку средостения, ставит нередко под сомнение целесообразность оперативного вмешательства, даже с расширенной медиастинальной лимфаденэктомией, поскольку у каждого 4-го больного уже имеются не распознаваемые современными методами исследования метастазы в отдаленных органах. Прогноз после подобных оперативных вмешательств малоутешителен, особенно при железистом и малодифференцированных формах НМРЛ. Резервы улучшения 5-летней выживаемости при такой распространенности опухолевого процесса находятся на пути совершенствования методов уточняющей диагностики, выполнения билатеральной медиастинальной лимфаденэктомии и применения неоадьювантной и/или адьювантной противоопухолевой терапии.

Ответы на вопросы. Одной из причин преобладания распространенных поражений в наших исследованиях является то, что в клинику направляются чаще больные, которым было отказано в хирургическом лечении по месту жительства. Оперативное вмешательство в объеме лобэктомии не препятствует выполнению лимфодиссекции в любом необходимом объеме. Термины «лимфаденэктомия» и «лимфодиссекция» — синонимы.

Прения. Проф. В. П. Летагин: Оба представленных доклада говорят о том, что в настоящее время мы находимся на новом этапе хирургии, который открывает пути вперед в плане улучшения результатов лечения рассматриваемого тяжелого контингента больных. Этому же будет способствовать разработка и включение в план лечения лучевой и химиотерапии.

Протокол заседания № 501, 14 октября 2003 г.

Гастроинтестинальные стромальные опухоли: клиника, диагностика, лечение

Заседание посвящено памяти профессора Н. А. Краевского (1905-1985).

Председатель: академик РАМН, проф. Ю. Н. Соловьев.
Секретарь: канд. мед. наук Н. Н. Пустынский.

Доклад: П. В. Снигур, О. А. Анурова, Н. А. Филиппова, Н. Н. Петровичев, В. Ю. Сельчук.

Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Впервые термин «gastrointestinal stromal tumor» (стромальная опухоль желудочно-кишечного тракта) использовали в 1983 г. Mazur и Clark для описания новообразований, имеющих признаки гладкомышечной и нейрогенной дифференцировки. В конце 1990-х годов была обнаружена мутация в гене *c-kit* некоторых гладкомышечных и нейрогенных гастроинтестинальных опухолей, экспрессирующих иммуногистохимический маркер CD117. Выявлено, что этот ген локализован у человека в хромосоме 4q11-12. Он является клеточным аналогом онкогена *v-kit* вируса, вызывающего мультицентричную фибросаркому домашних кошек. Мутации в гене *c-kit* вызывают изменения структуры белка С-КИТ

(тирозинкиназы III типа), входящего в состав плазматической мембраны клеток, с последующей активацией сложного комплекса внутриклеточных сигналов, результатом которых является стимуляция опухолевого роста.

При дальнейших исследованиях выявлено, что опухоли экспрессирующие С-КИТ (CD117), обладают совокупностью гистологических и иммуногистохимических признаков, отличающих их от других гладкомышечных и нейрогенных новообразований, в связи с чем их стали обозначать как гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST). Сходное морфологическое строение было выявлено у клеток — регуляторов перистальтики желудочно-кишечного тракта, также известных как интерстициальные клетки Кахаля (Cajal). Существует гипотеза о возможном происхождении стромальных опухолей ЖКТ из этих клеток. В последнее время стромальные опухоли рассматриваются как самостоятельная нозологическая единица, имеющая индивидуальные гистологические, иммуногистохимические и молекулярно-генетические признаки.

В РОНЦ изучены сведения о 58 больных со стромальными опухолями. Наблюдались 31 мужчина и 27 женщин. Средний возраст пациентов составил 55 лет для мужчин и 57 лет для женщин. По нашим данным, стромальные опухоли составляют 78 % всех гладкомышечных и нейрогенных опухолей ЖКТ. Наиболее часто стромальные опухоли наблюдались в желудке 37 (63 %) и тонкой кишке 14 (24 %), а также были обнаружены в двенадцатиперстной (3; 5,2 %), в прямой (2; 3,4 %), сигмовидной (1; 1,6 %) и ободочной (1; 1,6 %) кишках. В пищеводе стромальных опухолей выявлено не было.

Клиническая картина стромальных опухолей не имеет специфических симптомов. Болевой синдром превалировал у 22 (45 %) пациентов. Бессимптомное течение наблюдалось у 8 (16 %) больных. Клиническая симптоматика, вызванная осложнениями стромальных опухолей, отмечена у 19 (39 %) больных. Среди них в 10 случаях наблюдалось кровотечение или анемия, в 6 — симптомы обтурации кишки, в 3 случаях начало заболевания было связано с перфорацией или распадом опухоли.

Макроскопически стромальные опухоли представлены одним или несколькими сливающимися узлами серо-розового цвета, плотноэластической консистенции, волокнистого вида, часто с участками отека, кровоизлияний и некроза с формированием кист, заполненных геморрагическим содержимым. Опухоли растут преимущественно в мышечном слое стенки ЖКТ, как в просвет органа, так и в свободную брюшную полость. Размеры узлов варьировали от 2 до 30 см в диаметре. Микроскопически, в зависимости от типа клеток, стромальные опухоли в 36 (62 %) наблюдений имели веретенноклеточный тип строения, в 10 (17 %) — эпителиоидный и в 12 (21 %) — смешанный. Метастазы и рецидивные опухолевые узлы морфологически были аналогичны первичным стромальным опухолям. На ультраструктурном уровне стромальные опухоли ЖКТ субклассифицируются в зависимости от наличия в них черт гладкомышечной, фибробластоподобной и/или нейрогенной дифференцировки. Присутствие в цитоплазме клеток с большим количеством митохондрий и филаментов, формирующих иногда точечные уплотнения, свидетельствует о гладкомышечной дифференцировке опухоли, хорошо развитая система шероховатого эндоплазматического ретикулума (ШЭР) — о фибробластоподобной, а наличие большого количества клеток с длинными отростками

ми, поперечные срезы которых иногда образуют большие комплексы, — о нейрогенной дифференцировке клеток. При иммуногистохимическом исследовании все стромальные опухоли ЖКТ и их метастазы экспрессируют С-KIT (CD117), что отличает их от других гладкомышечных и нейрогенных опухолей. Они также экспрессируют виментин (92 %), гладкомышечный актин (82 %), десмин (21 %), протеин S100 (75 %), нейронспецифическую энолазу (66 %), CD34 (63 %).

Подавляющее большинство стромальных опухолей было злокачественным 54 (93 %), доброкачественные наблюдались лишь в 4 (7 %) случаях. Размеры доброкачественных опухолей колебались от 2 до 8,5 см, характерной особенностью является низкая митотическая активность (от 0 до 3 митозов в 50 полях зрения при увеличении $\times 400$) без очагов некроза и признаков сосудистой инвазии. У злокачественных стромальных опухолей ЖКТ размеры варьируют от 3 до 30 см, при наличии от 5 до 78 митозов в 50 полях зрения при увеличении $\times 400$, очагов некроза от 0 до 50 % и признаков сосудистой инвазии.

Ведущим методом лечения, позволяющим надеяться на полное выздоровление больных, является хирургический. Все исследуемые больные были оперированы, при этом у 49 первичных больных произведено 39 радикальных, 9 паллиативных оперативных вмешательств и 1 пробная лапаротомия. В 9 случаях были удалены рецидивные опухоли и солитарные метастазы. Лекарственное лечение применяется при неоперабельных и диссеминированных стромальных опухолях ЖКТ. Основные достижения в лекарственном лечении связаны с применением препарата иматиниб.

Таким образом, стромальные опухоли ЖКТ обладают индивидуальными гистологическими, иммуногистохимическими и молекулярно-генетическими признаками. Характерным отличием от других гладкомышечных и нейрогенных опухолей является экспрессия С-KIT. Окончательный диагноз может быть установлен только на основании иммуногистохимического исследования. Большая часть стромальных опухолей локализуется в желудке и тонкой кишке. Клиническая картина не имеет специфических симптомов. Ведущим методом лечения является хирургический. Химиотерапия используется при неоперабельных и диссеминированных стромальных опухолях.

Ответы на вопросы. Стромальные опухоли ЖКТ часто метастазируют в печень и большой сальник, что необходимо учитывать при выборе объема оперативного вмешательства. Метастазирование в лимфатические узлы встречается редко, у нас имеется одно подобное наблюдение.

Доклад: А. А. Мещеряков.

Препарат гливек (иматиниб, STI 571) в химиотерапии стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Гливек® (иматиниб, STI 571) — первый ингибитор тирозинкиназы, разрешенный к клиническому применению. Он специфически ингибирует несколько видов тирозинкиназ (ТК): химерный белок Vcr-Abl, рецепторы c-kit и PDGFR. Патогенез стромальных опухолей ЖКТ связан с мутациями протоонкогена c-kit. Мутации данного гена ведут к лиганднезависимому аутофосфорилированию рецептора. В свою очередь повышенная активность c-kit ведет к стимуляции опухолевого роста и подавлению апоптоза в опухоли. Появление лекарственного препарата, ингибирующего активность c-kit, позволило провести его клинические испытания.

I фаза клинического изучения иматиниба при стромальных опухолях ЖКТ проведена группой по изучению сарком мягких тканей и остеосарком Европейской организации по лечению и исследованию рака (ЕОРТС). К началу исследования уже были получены данные о переносимости препаратами у гематологических больных. Обычная доза, применявшаяся при лейкозах, составляла 400—600 мг/сут. Об эффективности гливек при солидных опухолях в зависимости от дозы препарата существовали лишь экспериментальные данные. Проведенная I фаза исследования определила максимально переносимую дозу и изучила дозозимитирующую токсичность гливек у больных саркомами мягких тканей, включая стромальные опухоли ЖКТ.

Начальная доза иматиниба составляла 400 мг/сут однократно. Последующие дозовые уровни включали: 600 мг в день — 300 мг на прием в 2 приема, 800 мг в день — по 400 мг 2 раза в день и 1000 мг — по 500 мг в 2 приема. Дозозимитирующая токсичность включала: IV степень нейтропении в течение 7 дней, фебрильную нейтропению, IV степень тромбоцитопении, любой вид негематологической токсичности III—IV степени, кроме тошноты, рвоты или алопеции. Максимально переносимой дозой оказался четвертый дозовый уровень — 1000 мг/сут в 2 приема. Таким образом, доза 400 мг иматиниба 2 раза в день рекомендована для последующего изучения. Следует отметить, что 3 больных успешно продолжают лечение на дозе 1000 мг/сут. Эффективность лечения стромальных опухолей ЖКТ у 35 больных составила 54 %, и у 37 % отмечена стабилизация болезни. Только у 2 (5 %) больных отмечено прогрессирование.

II фаза клинического изучения иматиниба при стромальных опухолях ЖКТ проведена в США и Финляндии. Эффективность лечения составила более 50 % при длительности эффекта более 24 мес. Действие двух дозовых режимов по 400 и 800 мг/сут оказалось равноэффективным. Данное исследование продолжается. В настоящее время начата II фаза исследования иматиниба. Проведенные клинические исследования доказали его высокую эффективность при стромальных опухолях. Иमतиниб является препаратом выбора у больных с нерезектабельными и диссеминированными стромальными опухолями.

Ответы на вопросы. Применение одного лишь гливек не дает стойкого излечения, описаны единичные полные клинические регрессии опухоли, однако препарат эффективен и способствует переводу опухоли в операбельное состояние.

Прения. Проф. Казанцева: Доклад представляет большой интерес. Необходимо отметить, что теперь нет понятий «гломические опухоли» и «причудливые лейомиомы», это имеет большое практическое значение. У этих новообразований есть свои биологические особенности, в частности большая продолжительность жизни больных при метастазах в печень, часто эти опухоли являются многоузловыми, они экспрессируют двойные маркеры. Этот материал еще только накапливается и анализируется, обобщающих работ пока не было, поэтому представленное сообщение фактически является первым и представляет большой интерес.

В заключительном слове проф. Ю. Н. Соловьев отметил, что рассмотренная тема актуальна и полезна для целей науки и просвещения, т. к. обсуждаются малоизученные новообразования, которые обретают черты самостоятельной нозологической единицы. Необходимы дальнейшие кооперативные исследования, накопление материала в различных учреждениях и коллективная оценка полученных данных. Применение препарата гливек для лечения данных новообразований оправдано.

Протокол заседания № 502, 27 ноября 2003 г.

Восстановительное лечение в онкологии

Заседание посвящается памяти проф. В. Н. Герасименко (1933-2002).

Председатель: проф. А. И. Пачес.

Секретарь: канд. мед. наук С. М. Волков.

Доклад: С. Е. Малыгин, Е. Н. Малыгин, Ю. С. Егоров.

Эволюция реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы

РОНЦ им. Н. Н. Блохина

В тех случаях, когда мастэктомия оказывается единственным возможным решением, основным методом реабилитационных мероприятий становится реконструкция молочной железы, которая может выполняться одномоментно с мастэктомией либо быть отсрочена. Одномоментная реконструкция молочной железы после мастэктомии внедрена в клиническую практику ведущих онкологических учреждений. Реконструкция проводится силиконовыми имплантатами и/или собственными тканями (фрагменты широчайшей мышцы спины, TRAM-лоскуты, их сочетания с имплантатами, применение свободных тканей с формированием микрососудистых анастомозов, тканевых экспандеров). Для оценки эффективности реконструкции с 1970-х годов применяется термин «эстетические результаты».

Выбор метода реконструкции зависит от распространенности процесса, общего состояния, конституциональных особенностей больной, а также от пожеланий пациентки. Очевидно превосходство одномоментной реконструкции над отсроченной. Это подтверждается психологическими, эстетическими и практическими преимуществами — меньшей психологической травмой, лучшими условиями оперирования (поскольку реконструкция выполняется на неизмененных тканях, без рубцовых деформаций), уменьшением числа операций, снижением койко-дней и себестоимости лечения. Необходимым условием хороших результатов является достижение симметрии. Поэтому бывают необходимы оперативные вмешательства и на контралатеральной молочной железе. Успех реконструкции определяется также оснащенностью клиники, в т. ч. возможностью выполнения операций с применением микрохирургической техники.

Доклад: Ю. С. Егоров, О. И. Туркин, А. В. Кузнецов.

Лечение постмастэктомического синдрома у больных раком молочной железы

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Реконструкция железы после мастэктомии выполняется в сложных технических условиях, поскольку в области удаленной молочной железы остаются грубые рубцы, нередко с постлучевыми язвами; часто (до 80—90 % случаев) сохраняются лимфатический отек, нарушения венозного оттока и нервной проводимости.

Лечение проводилось больным, отек у которых возник в первый год после мастэктомии, однако отеки могли возникать и в более поздние сроки. Для диагностики выполнялись лимфосцинтиграфия и ультразвуковое доплеровское сканирование магистральных сосудов. Прямая лимфография не выполнялась, т. к. этот метод считается небезопасным для лимфатических сосудов.

Показания к хирургическому лечению постмастэктомических отеков все более ограничиваются вследствие успеха консервативных методов (лимфодренаж, бандажирование, лечебная физкультура). Их следует начинать с профилактической целью сразу же после мастэктомии. В последние годы мы отказались

от пневмокомпрессии, полностью заменив ее на мануальный лимфодренаж. Для бандажа руки следует применять только бинты малой растяжимости, различные прокладки из латекса. Эти процедуры позволяют значительно уменьшить отеки, добиться субъективного улучшения. Оперативные вмешательства показаны лишь в редких случаях, когда не удается добиться значимого уменьшения отека. Вместо редуцирующих операций предпочтительны лимфоаспирации либо резекции избыточной кожи и подкожной клетчатки с дальнейшим бандажированием. Наиболее часто из дренирующих операций выполняется формирование лимфовенозных анастомозов в области локтевой ямки, как правило, под местным обезболиванием. Анастомозы формируются конец-в-конец, обязательно под клапан вены для предотвращения рефлюкса венозной крови.

При рецидиве отека, особенно при сочетании лимфатического отека с венозной недостаточностью, возможны такие дренирующие операции, как трансплантации лимфатических структур — так называемых лимфатических лоскутов. К ним мы относим лоскут большого сальника, аксиллярный и паховый лоскуты. Начинать лечение лимфатического отека оптимально с выполнения дренирующей операции (формирование лимфовенозных анастомозов) с последующим применением мануального лимфодренажа.

Доклад: Т. Ю. Марилова.

Принципы психологической реабилитации онкологических больных

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Онкологические больные находятся в серьезной стрессовой ситуации. Длительное тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, нередко приводящей к инвалидности, угроза смерти — все эти факторы разрушают привычные стереотипы поведения, вырабатываемые в течение всей жизни, изменяют систему ценностей, перестраивают личность больного и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям. Психологической основой ориентации больного на продуктивную социальную жизнь, успешную адаптацию в обществе является активация его мотивационной сферы, ценностных ориентаций, создание адекватных трудовых установок. Восстановительное лечение должно начинаться превентивно, как можно в более ранние сроки. При этом следует ориентироваться не только на уже сформировавшиеся, но и на ожидаемые проявления болезни.

Психологические программы необходимо планировать с учетом индивидуальных особенностей больного, характера и степени выраженности осложнений и функциональных расстройств. Большое значение имеют возраст, пол, образование, социальный статус и профессия больного. Психические изменения в значительной мере определяются преморбидными особенностями. Наиболее ранимыми являются больные с психастеническим складом личности, у которых эти изменения становятся наиболее выраженными.

Для психологической реабилитации важно определить состояние мотивационной сферы больного, выделить сохранившиеся ее участки, определить области значимых отношений и переживаний, на которые может воздействовать психолог. Для психологической диагностики онкологических больных используют как традиционные методы классической патопсихологии, так и методы классической зарубежной психологии: исследование памяти, внимания, мышления, опросники (ММПИ, МНҚ, Айзенка) и специальные тесты (Роршаха, Розенцвейга и др.).

Протокол заседания № 503, 25 декабря 2003 г.

Актуальные вопросы химиотерапии

Председатели: проф. А. И. Пачес, проф. А. М. Гарин.

Секретарь: канд. мед. наук И. Н. Пустынский.

Доклад: В. А. Горбунова.

Доказательная медицина и новые лекарства в онкологии

РОИЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Развитие идей критической оценки медицинской информации привело к возникновению в конце 80-х годов XX в. концепции доказательной медицины. Основными постулатами данной концепции являются:

— каждое решение врача должно быть основано на научных данных;

— вес каждого факта тем больше, чем строже методика научного исследования, в ходе которого он получен.

Доказательная медицина является концепцией как для врачей, исследователей, руководителей учреждений и органов здравоохранения, так и для пациентов. Основная цель концепции состоит в том, чтобы постепенно превратить врачебную деятельность из искусства в науку. Методической основой доказательной медицины является клиническая эпидемиология — наука, разрабатывающая методы клинических исследований, которые дают возможность делать научно обоснованные заключения, сводя к минимуму влияние на результаты различных систематических и случайных ошибок. При принятии решений онкологи руководствуются прежде всего доказанными преимуществами в эффективности применения препаратов. Доказательствами в первую очередь являются результаты клинических исследований. Национальный институт рака США разработал уровни доказательности результатов клинических испытаний в онкологии (табл. 1)

Предложены также степени градации доказательности лечебных рекомендаций (табл. 2).

Уровни доказательности подразделяются в зависимости от качества исследования и его задач. С точки зрения качества исследования наивысший уровень доказательности имеют рандомизированные контролируемые клинические испытания (с двойным слепым контролем или без него). К сожалению, большинство клинических исследований в онкологии не может быть двойным слепым, т. к. зачастую и врачу, и больному ясно, какое лечение проводится, например, по токсичности терапии. Уровень доказательности метаанализа зависит от качества отдельных, включенных в него исследований. Поэтому по уровню доказательности метаанализы соответствуют рандомизированным клиническим испытаниям.

Уровень доказательности определяется также конечной целью клинического исследования. С этой точки зрения, в качестве конечной цели исследования наибольшей значимостью считается общая выживаемость как наиболее объективный показатель эффективности лечения. Косвенные показатели, такие как безрецидивная выживаемость, время до начала прогрессирования, непосредственная эффективность лечения, лишь опосредованно связаны с выживаемостью и качеством жизни, а также подвержены влиянию субъективных факторов. Результаты клинических испытаний являются основой для выработки практических рекомендаций, для которых также определены свои уровни доказательности результатов исследований.

Европейское общество медицинской онкологии (ESMO) разработало практические рекомендации по лечению онкологических заболеваний и проведению поддерживающей терапии, основанные на принципах доказательной медицины.

Таблица 1. Уровни и типы доказательности результатов клинических испытаний

Уровень	Тип доказательности
I	Доказательства получены в результате метаанализа большого количества хорошо спланированных контролируемых исследований. Рандомизированные исследования с низким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок
II	Доказательства основаны на результатах не менее одного хорошо спланированного экспериментального исследования. Рандомизированные исследования с высоким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок
III	Доказательства основаны на результатах хорошо спланированных экспериментальных исследований. Нерандомизированные контролируемые исследования с одной группой больных, исследования с группой исторического контроля и т. д.
IV	Доказательства получены в результате хорошо спланированных неэкспериментальных исследований. Непрямые сравнительные, описательно корреляционные исследования и исследования клинических случаев
V	Доказательства основаны на клинических случаях и примерах

Таблица 2. Степени градации доказательности лечебных рекомендаций

A	Доказательство I уровня или устойчивые многочисленные данные II, III или IV уровня доказательности
B	Доказательства II, III или IV уровня, считающиеся в целом устойчивыми данными
C	Доказательства II, III, IV уровня, но данные в целом неустойчивые
D	Слабые или несистематические эмпирические доказательства

Доклад: М. Б. Бычков.

Химиотерапия немелкоклеточного рака легкого

(По материалам X Всемирной конференции по раку легкого. Ванкувер, Канада, август 2003)

РОИЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

За последнее десятилетие отмечен определенный прогресс в лекарственном лечении НМРЛ. R. Natale подвел некоторые итоги химиотерапии распространенного рака легкого. Так, при использовании наилучшей симптоматической терапии 1-летняя выживаемость была равна 15 %. После появления платиновых схем лечения она увеличилась до 25 %, а при применении схем комбинированной химиотерапии с включением таких препаратов, как гемцитабин, таксотер, таксол, навельбин, 1-летняя выживаемость достигла 35 %.

Тот же автор провел сравнительную оценку эффективности цисплатина и карбоплатина в различных комбинациях химиопрепаратов по данным 17 больших рандомизированных исследований с числом больных от 406 до 1144 человек. Наибольший ОЭ был отмечен в группе гемцитабин + карбоплатин (40 %) по сравнению со схемой таксол + карбоплатин (24 %). Однако медиана выживаемости и 1-летняя выживаемость были одинаковы.

Raftopoulos и соавт. провели обзор исследований по III фазе у 12181 больного, которые получали различные платиновые и неплатиновые режимы химиотерапии в 1992—2002 гг. Медиана выживаемости была наибольшей в группе цисплатин + новые химиопрепараты — 9,4 мес. и наименьшей в группе получавших монохимиотерапию цисплатином — 6,8 мес. J. Treat и соавт. сообщили о большом рандомизированном исследовании по III фазе у 305 больных IIIВ—IV стадиях НМРЛ. Наибольший эффект (39 %) отмечен у больных, получавших схему гемцитабин + таксол. M. Baggstrom и соавт. провели сравнительный анализ монохимиотерапии, дуплетов и триплетов при IIIВ—IV стадиях поданным 32 больших клинических исследований 7033 больных, который показал выраженное преимущество дуплетов над монотерапией и равнозначную эффективность дуплетов и триплетов. J. Van Meerbeck и соавт. оценили активность различных режимов для индукционной химиотерапии при IIIA N² стадии НМРЛ (анализ EORTC 08941). ОЭ перед операцией был получен у 42 % больных при использовании схемы этопозид + цисплатин и у 65 % при схеме гемцитабин + цисплатин.

H. Chou сделал заключение по результатам химиолучевой терапии местно-распространенного НМРЛ за 1990—1999 гг. Показано, что одновременная химиолучевая терапия увеличивает выживаемость больных по сравнению с последовательной. Автор показал, что одновременная химиолучевая терапия стала стандартным методом лечения у больных с III стадией НМРЛ в США и, возможно, в мире в целом. Также было отмечено, что выживаемость больных с нерезектабельным НМРЛ III стадии в хорошем общем состоянии (PS 0—1) значительно увеличилась за последние 20 лет. Около 50 % этих больных могут жить более 2 лет.

И наконец, Le Chevalier и соавт. сообщили о международном рандомизированном исследовании о роли адьювантной химиотерапии НМРЛ. В исследование было включено 1867 больных (80 % мужчин): 36 % — I стадии, 25 % — II стадии, 39 % — III стадии. В исследовании участвовали 33 страны и 148 центров. В качестве адьювантной химиотерапии использовались комбинации цисплатина с этопозидом (у 56 % пациентов), навельбином (у 27 %), винбластином (у 17 %). 2-летняя выживаемость была 70 % в группе с адьювантной химиотерапией и 67 % в контрольной группе, а 5-летняя — 45 и 40 % соответственно. Безрецидивная выживаемость была 61, 55, 39 и 34 % соответственно.

Авторы делают вывод о возможном увеличении 2- и 5-летней как общей, так и безрецидивной выживаемости на 5 % в результате адьювантной химиотерапии НМРЛ.

Представление книги: Н. И. Переводчикова (ред.).

Новое в терапии рака легкого «Терапия начала XXI века». Книга издана при содействии компании Bristol-Myers Squibb.

Целесообразность разделения рака легкого на 2 основные группы — мелкоклеточный (МРЛ) и немелкоклеточный (НМРЛ), сложившегося еще в 1970-х годах, получает подтверждение также и в разработках новых препаратов, основанных на молекуляр-

но-генетических исследованиях. Приобрело практическое значение создание молекулярно-нацеленных таргетных препаратов (от англ. *target* — мишень), таких как иресса, герцептин и др.

Хирургия остается ведущим методом лечения больных раком легкого. Совершенствование и реальное улучшение результатов хирургического лечения НМРЛ связано прежде всего с расширением объема операций на путях лимфооттока. Выполнение медиастинальной лимфодиссекции позволяет повысить радикальность хирургического метода и расценивается как стандарт современной операции.

Новым в лечении НМРЛ является неоадьювантная химиотерапия, целесообразность которой доказана у больных III стадией заболевания. (Ее применение при более ранних стадиях продолжает изучаться.) При МРЛ химиотерапия является обязательным условием успеха лечения.

Определилось место новых цитостатиков 1990-х годов — таксанов, ингибиторов топоизомеразы I, гемпитабина, навельбина — в химиотерапии рака легкого. При НМРЛ включение этих препаратов в режимы комбинированной химиотерапии позволило преодолеть 30% порог эффективности, характерный для химиотерапии 1990-х годов, и увеличить выживаемость больных местнораспространенным и метастатическим НМРЛ.

В лечении больных НМРЛ и МРЛ изучается группа принципиально новых, молекулярно нацеленных препаратов. При НМРЛ доказана противоопухолевая активность ингибитора рецептора эпидермального фактора роста (EGFR), ирессы (ZD1839). Применение препаратов этой группы в режимах комбинированной химиотерапии, представляется, улучшит результаты лечения.

При МРЛ возможности терапии за последние годы изменились менее существенно, чем при НМРЛ. Стандартом лечения локализованного МРЛ остается комбинированная химиотерапия в сочетании с облучением легкого и средостения. Показана возможность излечения до 25 % больных локализованным МРЛ, начавших лечение в хорошем общем состоянии и ответивших полной регрессией опухоли на индукционную терапию. В рандомизированных исследованиях показано, что профилактическое облучение головного мозга не только снижает риск развития церебральных метастазов, но и увеличивает выживаемость.

Современная лучевая терапия является важнейшим компонентом лечения (в т. ч. комбинированного) больных как МРЛ, так и НМРЛ.

Авторы каждого раздела стремились возможно более полно изложить важнейшие аспекты терапии рака легкого, отмечая то новое, что появилось в этой области после 1-го (1997) издания этой коллективной монографии.

Прения. Выступавшие отметили важность использования метода контролируемых клинических испытаний. При обработке полученных данных необходимо учитывать множество факторов, которые могут влиять на результаты лечения.

В заключительном слове проф. А. М. Гарин отметил актуальность рассмотренных вопросов, важность разработки и внедрения методов контролируемых клинических испытаний в клиническую онкологию. Благодаря использованию данного метода, предложенного и разработанного химиотерапевтами, обеспечивается возможность единообразия проводимых исследований, сравнимости результатов и достоверности выводов, что имеет большое значение для последующего практического использования разрабатываемых методов лечения.



УСТАВ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

(Принят в 1997 г.)

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Московское Онкологическое общество (далее — Общество) является некоммерческой, добровольной, самоуправляемой общественной организацией, созданной (в декабре 1954 г.) по инициативе онкологов, а также врачей, исследователей, специалистов смежных специализаций для достижения общих уставных целей, указанных ниже. Эмблему Общества представляют медицинские символы в виде змеи и чаши, дополненные аллегорией противоопухолевого лечения (скальпеля хирурга, луча радиолога, препарата химиотерапевта).

Общество руководствуется в своей деятельности Российским законодательством и данным Уставом. Общество осуществляет свою деятельность в Москве и Московской области, но открыто для приема специалистов из иных регионов, разделяющих его цели и задачи.

Правовое положение Общества:

Московское онкологическое Общество может обладать обособленным имуществом, совершать сделки от своего имени, быть истцом и ответчиком в судебных спорах. Общество отвечает по своим обязательствам в установленном законом порядке. Руководящие органы Общества располагаются в Москве. Юридический адрес Общества: 115478, Москва, Каширское шоссе, 24.

Цель Общества — содействие прогрессу онкологии и медицины: Знания, навыки и опыт состоящих в Обществе специалистов являются тем интеллектуальным богатством, научно-практическим потенциалом, с помощью которого возможно более эффективно вести медицинскую пропаганду среди населения, предотвращать заболевания, совершенствовать диагностику опухолей и лечение больных, повышать квалификацию врачей и других специалистов.

Указанная цель достигается решением следующих задач:

1. Пропагандировать достижения и опыт профессионалов, предлагать наиболее эффективные решения проблем, обсуждаемых Обществом. Эта задача решается при проведении заседаний, распространении научной продукции (книг, журналов, научных фильмов).
2. Предоставлять возможность для экспертизы спорных положений, обмена опытом и дискуссий, ведущих к разработке оптимальных рекомендаций по проблемам, решаемым Обществом. Решение этой задачи находит отражение в актуальной проблематике заседаний, аргументированности итоговых документов.
3. Содействовать перспективным направлениям научного поиска в сфере интересов Общества. Например, изданием и распространением собственных научных материалов, проведением конкурсов, присуждением дипломов и почетных званий.
4. Осуществлять иную Общественную деятельность для достижения уставных целей, не запрещенную законодательством. Например, вести информационно-посредническую работу между предприятиями- производителями медицинской продукции и ее потребителями в учреждениях здравоохранения.

ЧЛЕНЫ ОБЩЕСТВА, ИХ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Действительным членом Московского Онкологического общества является специалист, признающий его Устав и адекватно выплачивающий членские взносы (своевременно; и в размерах, установленных Правлением), а также способный содействовать решению благородных задач Общества. Основанием для вступления в Общество является заявление специалиста и уплата членского взноса. Ветераны Общества, вступившие в него в 1950—60-х гг., взносов не платят.

Действительный член Общества имеет право: участвовать в заседаниях и других мероприятиях, быть ознакомленным с информационными материалами Общества; получать ответы на запросы в Правление и Ревизионную комиссию; получить консультативную (методическую) помощь по вопросам, связанным с деятельностью Общества; использовать возможности Общества для социально-правовой и профессиональной защиты, а также для представительства своих интересов в государственных и общественных инстанциях; избирать и быть избранным в руководящие или контрольные органы Общества (а также выйти из Общества, подав письменное заявление).

Действительный член Общества обязан: соблюдать Устав, выполнять поручения Председателя, и членов Правления Общества; адекватно платить членские взносы.

Утрата членства в Обществе происходит по личному заявлению специалиста, из-за неплатежа взносов, при исключении (решением Правления за действия, несовместимые с Уставом). Восстановление в Обществе происходит на общих основаниях.

СТРУКТУРА ОБЩЕСТВА, РУКОВОДЯЩИЕ И КОНТРОЛЬНЫЕ ОРГАНЫ

Общество объединяет Действительных членов — специалистов-онкологов и врачей смежных специализаций Москвы, Московской области, а также из иных регионов. Основные московские городские представительства Общества размещаются в его организациях-учредителях: РОНЦ им. Н.Н. Блохина, МНИОИ им П.А.Герцена, Онкологической больнице №62, Онкологическом клиническом диспансере №1.

Постоянно действующий руководящий орган Общества в лице Председателя Правления, а также Организационного (Исполнительного) комитета и Руководителя этого Комитета находится в организации-учредителе — Онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина. Заместители Председателя находятся в организациях-соучредителях. Руководящим органом Общества является Правление, контрольным органом — Ревизионная комиссия. Правление общества и Ревизионная комиссия избираются отчетно-выборным собранием (заседанием) на 2-летний срок (выборы проводятся стандартными демократическими процедурами).

Правление Общества включает Председателя, его заместителей, а также Совет Общества, Комитет экспертов, Организационный (Исполнительный) комитет. В Правлении должны быть представлены коллективы специалистов, составляющих Общество.

Председатель Общества избирается Правлением из числа наиболее авторитетных специалистов и наделяется наибольшими руководящими полномочиями в Обществе. Заместители Председателя обладают аналогичными полномочиями, но подчинены Председателю.

Совет Общества состоит из входящих в Правление руководителей крупных научных и лечебных Московских онкологических учреждений. Совет разрабатывает решения по основным вопросам жизнедеятельности Общества.

Комитет экспертов состоит из входящих в Правление признанных авторитетов онкологической науки и практики для экспертизы материалов, имеющих отношение к сфере деятельности Общества.

Организационный (Исполнительный) комитет формируется из входящих в Правление специалистов, которые готовят проведение заседаний и других мероприятий Общества.

Ревизионная комиссия Общества дает заключение по отчетным материалам Правления.

Отчет Правления и решение Ревизионной комиссии публикуются в информационных материалах Общества. Печатное издание Общества — информационный бюллетень "Вестник Московского Онкологического общества" выходит с различными информационными приложениями.

Высший орган Общества — Отчетно-выборное заседание (собрание). Отчетно-выборное заседание проводится один раз в два года. Внеочередное Собрание может быть создано по инициативе Правления, Ревизионной комиссии или одной трети Действительных членов Общества. В работе отчетно-выборного заседания участвуют представители входящих в Общество учреждений (подразделений), с правом делегирования им голосов членов Общества, сотрудников этих учреждений (подразделений). Отчетно-выборное заседание правомочно принимать решения большинством голосов.

Отчетно-выборное заседание: заслушивает отчеты и принимает решения по отчетам Правления и Ревизионной комиссии; утверждает (либо не утверждает) решения Правления за отчетный срок, принимает решения по актуальным вопросам деятельности Общества; избирает состав Правления и Ревизионной комиссии на очередной срок.

СРЕДСТВА И ИМУЩЕСТВО ОБЩЕСТВА

Средства Общества составляют членские взносы, средства от распространения (продажи) научной литературы, переданной Обществу; организационные взносы предприятий, компаний, учреждений, внесенные Обществу для проведения конференций и других мероприятий; средства (доходы) от информационно-издательской деятельности; начисления на счет Общества, различные добровольные взносы и иные поступления.

Имущество Общества, необходимое для материального обеспечения его деятельности, образуется в результате покупок на средства Общества, подарков и других приобретений, не запрещенных законодательством. Управление имуществом Общества, а также получение Обществом прав интеллектуальной собственности происходит в соответствии с действующим законодательством.

Общество не преследует цели извлечения прибыли в результате своей организационной, информационно-издательской и другой деятельности. Полученные средства (доходы) направляются только на достижение уставных целей. Статистический и бухгалтерский учет, отчетность ведутся в соответствии с действующим законодательством.

ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ УСТАВНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ.

ПОРЯДОК РЕОРГАНИЗАЦИИ И/ИЛИ ЛИКВИДАЦИИ ОБЩЕСТВА

Изменения и дополнения Уставных положений принимаются большинством членов Правления и утверждаются большинством голосов Действительных членов Общества на Отчетно-выборном заседании.

Прекращение деятельности Общества происходит при реорганизации (слиянии, присоединении, разделении) или при ликвидации. Такое решение о прекращении деятельности Общества принимается большинством членов Правления и утверждается большинством Действительных членов Общества на Отчетно-выборном заседании. (Прекращение деятельности Общества может также произойти, если такая возможность предусматривается действующим законодательством.) Средства и имущество Общества, остающееся в случае его ликвидации, после завершения расчетов направляются на цели, предусмотренные в Уставе.