



ВЕСТНИК

Московского
Онкологического
Общества

**УСПЕХИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
РЕНТГЕНРАДИОЛОГИИ –
В МАТЕРИАЛАХ О ЮБИЛЕЕ РНЦ РР!**

Интернет: www.cancercenter.ru (ronc.ru) //www.rosoncweb.ru //www.netoncology.ru //www.elibrary.ru //www.oncodome.narod.ru

№ 9
(560)

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

2009
СЕНТЯБРЬ

ЗАСЕДАНИЕ № 560,

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **24** СЕНТЯБРЯ 2009 г., в 17.00

В РОССИЙСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ РЕНТГЕНРАДИОЛОГИИ (МОСКВА, УЛ. ПРОФСОЮЗНАЯ, 86)

ПОВЕСТКА ДНЯ:

85 ЛЕТ РОССИЙСКОМУ НАУЧНОМУ ЦЕНТРУ РЕНТГЕНРАДИОЛОГИИ

Доклад : **ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ РНЦ РЕНТГЕНРАДИОЛОГИИ**
Харченко В.П., Титова В.А.
(Российский научный центр рентгенорадиологии)

Доклад: **КОМБИНИРОВАННОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО**
Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Панышин Г.А.
(Российский научный центр рентгенорадиологии)

Дискуссия. Фиксированное выступление в прениях: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИИ
РАКА ЛЕГКОГО. – Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Иванов С.М., Волков С.М. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Доклад: **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**
Каприн А.Д., Панышин Г.А., Хмелевский Е.В., Миленин К.Н., Альбицкий И.А.
(Российский научный центр рентгенорадиологии)

Дискуссия. Фиксированное выступление в прениях: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ
РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Ткачев С.И., Матвеев В.Б., Пря-
микова Ю.И., Медведев С.В., Рошин Д.А. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Юбилей

Владимир Петрович ХАРЧЕНКО

К 75-летию со дня рождения, 50-летию хирургической, научной и педагогической деятельности

Выдающемуся хирургу-онкологу, академику РАМН, Заслуженному деятелю науки, д.м.н., проф. В.П.Харченко 18 сентября 2009 г. исполнилось 75 лет.

В.П.Харченко родился в 1934 г. в Крыму. Окончил Крымский медицинский институт и в течение 3 лет работал районным хирургом в отдаленном регионе Казахстана, где приобрел богатый опыт самостоятельной хирургической практики.

В 1961 г. он поступил в аспирантуру МНИОИ им. П.А.Герцена по торакальной онкологии. Защитил кандидатскую диссертацию по профилактике и лечению послеоперационных осложнений у больных раком легкого. В последующем возглавил научную группу МНИОИ на базе Московской клинической онкологической больницы № 62, стал старшим научным сотрудником. Новый этап самостоятельной творческой деятельности В.П.Харченко ознаменовался оригинальными научными разработками реконструктивно-пластических операций при раке легкого, что изменило «сдержанное» отношение к этим операциям многих клиницистов, которые необоснованно считали их нерадикальными. В 1974 г. В.П.Харченко блестяще защитил докторскую диссертацию «Резекция и пластика бронхов и трахеи при раке легкого».

В 1976 г. В.П.Харченко возглавил многопрофильную хирургическую клинику Московского научно-исследовательского рентгенорадиологического института, где с присущей ему энергией и талантом стал разрабатывать новые методики хирургического и комбинированного лечения.



(Продолжение – см. с. 2)

Юбилей Владимира Петровича ХАРЧЕНКО

В 1983 г. В.П.Харченко стал заместителем директора по научной работе, в 1987 г. – директором МНИРРИ. Клиника института стала центром лечения крайне тяжелых больных со стенозами трахеи (которые экстренно доставлялись из различных регионов СССР для оказания радикальной помощи), созданы новые подразделения – для лечения пострадавших в аварии на Чернобыльской АЭС, Маммологический центр МЗ РФ, отделения урологии и гинекологии. На базе института начинает работу кафедра онкологии и рентгенодиагностики Российского университета Дружбы Народов.

В.П.Харченко – хирург широкого профиля, выполняющий самые сложные операции при различных локализациях злокачественных опухолей. Под его руководством подготовлено 40 докторов и 142 кандидатов медицинских наук, опубликовано 24 монографии и более 1100 научных работ. В.П.Харченко – лауреат Государственной премии СССР («За работы в области реконструктивной, восстановительной хирургии трахеи»; 1988). Заслуженный деятель науки, действительный член Российской академии медицинских наук (2000).

Кавалер орденов Почета и «За заслуги перед отечеством» IV степени.

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Рефераты сообщений:

**PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY №560 (September 24, 2009)****JUBILEE. 85 YEARS SINCE THE FOUNDATION OF RUSSIAN RESEARCH CENTER OF ROENTGENOLOGY AND RADIOLOGY**

Report-1: 85 YEARS SINCE THE FOUNDATION OF RUSSIAN RESEARCH CENTER OF ROENTGENOLOGY AND RADIOLOGY. By Prof. V.Kharchenko, Prof. V.Titova (Russian research center of roentgenology and radiology N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center).

Report-2: COMBINED AND SURGICAL TREATMENT FOR LUNG CANCER. By Prof. V.Kharchenko, Prof. V.Chxikvadze, Prof. G.Panshin (Russian research center of roentgenology and radiology). **Discussion:** THE WAYS FOR IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT' RESULTS IN PATIENTS WITH LUNG CANCER. By Prof. M.Davydov, Prof. B.Polotsky, Dr. S.Ivanov, Prof. S.Volkov (The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

Report-3: MODERN METHODS OF RADICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH PROSTATIC CANCER. By Prof. A.Kaprin, Prof. G.Panshin, Prof. E.Khmelevsky et al. (Russian research center of roentgenology and radiology).

Discussion: THE WAYS FOR IMPROVEMENT OF RADICAL TREATMENT' RESULTS IN PATIENTS WITH PROSTATIC CANCER. By Prof. S.Tkachev, Prof. V.Matveev, et al. The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

Доклад :

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ РНЦ РЕНТГЕНРАДИОЛОГИИ

Харченко В.П., Титова В.А.

(Российский научный центр рентгенодиагностики)

Российский научный центр рентгенодиагностики был создан в 1924 г. как Рентгеновский институт Народного Комиссариата здравоохранения. В институте разрабатывались основы материально-технической и научной базы отечественной рентгенологии и радиологии, проводилась подготовка специалистов. Руководили институтом Е.М.Гамбургер (1933-1936), М.И.Сантоцкий (1937-1941), С.А.Рейнберг (1943-1950), П.Д.Яльцев (1950-1954); И.Г.Лагунова (1954-1972), И.А.Переслегин (1972-1981); А.С.Павлов (1981-1986); В.П.Харченко (1987-2009). С марта 2009 г. директором РНЦРР назначен чл.-корр. РАМН, проф. В.А.Солодкий.

Во время Великой отечественной войны многие сотрудники института находились в действующей армии: Ф.А.Астраханцев, Г.А.Галил-Оглы, А.М.Гурвич, И.Б.Кагоровская, Л.Н.Казакова, С.И.Козлов, Е.А.Лихтенштейн, Б.Н.Мельников, Р.С.Мильштейн, А.С.Павлов, А.И.Рудерман, Ю.Н.Соколов, И.Л.Тагер, С.И.Финкельштейн и другие. В стенах института проводилась стажировка врачей-рентгенологов для госпиталей.

В последующем была продолжена значительная работа в области теории и практики рентгенодиагностики. Созданы медицинские и радиационно-технические нормативы, регламентирующие работу с ионизирующими излучениями. Эти исследования связаны с именами Я.Л.Шехтмана, А.Н.Кронгауза, И.В.Поройкова; Ю.А.Чижуновой, В.Г.Соколова, Н.А.Туманова, А.З.Шварцмана, А.М.Гурвича, Н.Н.Блинова, Л.В.Владимирова, А.Н.Кронгауза, Н.И.Леонова, А.И.Русановой, Б.Я.Мишкиниса. Проведено совершенствование отечественного рентгенологического оборудования (В.В.Дмоховский, Э.Г.Чикирдин, Б.А.Цыбульский, П.П.Радкин, А.М.Гурвич). Следует также отметить исследования по клинической рентгенологии. Среди них – изучение функциональной рентгенологической картины оперированного желудка (Ю.Н.Соколов, П.В.Власов), разработка вопросов лучевой терапии онкологических заболеваний (А.В.Козлова, Л.Д.Подляшук, И.А.Переслегин, А.И.Рудерман, Е.П.Иваницкая, В.Д.Лазуркина), исследования по совершенствованию обеспечения лучевой терапии злокачественных опухолей в плане применения дистанционной гамматерапии и высокоэнергетического фотонного облучения (Т.С.Селецкая; И.П.Корнев), методов внутрисполостного воздействия на опухоли с использованием коллоидных растворов радиоактивного золота и фосфата хрома (Л.Л.Лиховецкая, А.С.Павлов, Ю.Х.Саркисян, О.А.Замятин).

При раке мочевого пузыря впервые радиоактивные растворы были заменены шаровидными источниками и микросуспензиями с кобальтом-60. Разработаны математические модели для расчета поглощенных доз в опухоли при использовании контактных и дистанционных методов лучевой терапии; проведены испытания защитного оборудования, исследования возможностей лечения лучевой болезнью.

В институте рентгенорадиологии активно разрабатывались методики комбинированного лечения злокачественных опухолей, технологии облучения больных раком легкого, пищевода, желудка, прямой кишки, мочевого пузыря; молочной железы, шейки матки; был накоплен первый в стране большой опыт выполнения операций на подвергавшихся лучевому воздействию органах, изучено влияние лучевой терапии на заживление послеоперационных ран (Е.Д.Савченко, И.А.Переслегин, В.П.Шехонин, З.Ф.Лопатникова, Н.Н.Гарвей, М.А.Меркова, Т.П.Евстигнеева, М.М.Хрущов, Н.В.Григорьева, Г.Г.Митров, В.Д.Лазуркина).

С 1970-х годов в отделе высоких энергий, оснащенном 2 бетатронами с энергией излучения 25 МэВ, активно проводится лечение онкологических заболеваний различной локализации с использованием методик многопольного облучения на базе прямоугольных и фигурных пучков с экранирующими устройствами различной формы (Е.М.Филькова, Р.С.Мильштейн, Ю.Х.Саркисян). Значительный успех клинической работы был связан с применением близкофокусной и глубокой рентгенотерапии при раке кожи и неопухолевых заболеваниях – гемангиомах, вторичных диабетических поражениях, др. (Е.Л.Подляшук, В.Ф.Устинова). Современная радиотерапевтическая аппаратура позволила разработать оригинальные методики расчета доз и выбора условий облучения с применением ЭВМ, что давало возможность оптимизировать физико-технические параметры лучевой терапии. В институте разрабатывались и испытывались первые автоматизированные отечественные внутриволновые аппараты – АГАТ, АГАМ, др. – для высокомоментной контактной лучевой терапии, аппарат для ротационно-конвергентной автоматизированной дистанционной гамма-терапии Рокус-Аспект. Серийное внедрение этого оборудования в практическое здравоохранение было эффективным и успешным.



Хирургическая клиника Института рентгено-радиологии является одной из старейших в России. Её деятельность с 1929 г. охватывала многие разделы хирургии от изучения «рентгено-хирургических взаимосвязей» до разработки методов хирургического лечения кардиоваскулярных заболеваний и комбинированного лечения злокачественных новообразований. Работа хирургической клиники связывается с именами выдающихся хирургов – Н.Н.Бурденко, С.И.Бабичева, А.В.Вишневого, А.Н.Гагмана, В.А.Головинчица, Е.С.Лушников, А.Н.Рыжих, П.В.Скалдина, И.Л.Фаермана. Научный консультант хирургической клиники – академик А.В. Вишневский – впервые в 1939 г. произвёл лобэктомия при раке лёгкого.

Е.С.Лушников проводил в хирургической клинике фундаментальное изучение проблем диагностики и хирургии рака лёгкого, в том числе впервые – в плане комбинированного лечения – им была выполнена пневмонэктомия с рентгенотерапевтическим воздействием на культю лёгкого (1953 г.). В 1950-х–1960-х гг. в клинике изучалась патология сердечно-сосудистой системы больных врожденными пороками сердца с использованием контрастных методов исследования – ангиографии и ангиокардиографии (П.В.Скалдин, С.И. Бабичев, под научным руководством академика Б.В.Петровского).



На фото:

Здание Российского научного центра рентгено-радиологии (ул. Профсоюзная, 86) построено в 1971 г.

Хирургическая клиника РНЦ РР является одной из ведущих в России.

Достижения Института рентгенорадиологии были отмечены в 1974 году правительственной наградой – Орденом Трудового Красного Знамени.

Академик РАМН, проф. В.П.Харченко, в течение нескольких десятилетий возглавлявший основные направления деятельности института, ставшего с 1998 г. Российским научным центром рентгенорадиологии (РНЦРР), провел значительную работу по совершенствованию хирургического и комбинированного лечения при различных новообразованиях и заболеваниях.

В РНЦРР разработаны многочисленные варианты реконструктивно-пластических операций на трахее и бронхах, подтвержденные десятками патентов. Впервые в мире изучены репаративные процессы в зоне межбронхиальных и межтрахеальных анастомозов в условиях сочетания с лучевой и химиотерапией; доказана эффективность комбинированного лечения. Получили дальнейшее развитие предоперационная лучевая терапия при опухолях трахеи и легких, щитовидной железы, женской половой сферы; методики комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований различной локализации.

Среди 820 кандидатов и 208 докторов медицинских наук, подготовленных в Центре рентгенорадиологии, многие продолжают и сегодня научную, клиническую работу в России и за рубежом. Центр укрепляет свой диагностический потенциал и является инициатором эволюционных разработок методов комбинированного лечения, интервенционной радиологии, радикальной и паллиативной лучевой терапии, современной полихимиотерапии многих онкологических заболеваний. Научные разработки РНЦРР выполняются в высокоспециализированных подразделениях – Маммологическом центре МЗ РФ, лабораториях радионуклидной диагностики, радиохирургии и внутриполостной лучевой терапии; в отделениях онкогинекологии и онкоурологии.

Среди ведущих специалистов центра – Л.А.Ашрафян, А.А.Гваришвили, Н.А.Елтышев, А.Д.Каприн, В.В.Кешелава, П.М.Котляров, Г.А.Паньшин, Н.И.Рожкова, В.М.Сотников, В.А.Титова, В.Д.Чхиквадзе, О.И.Щербенко и другие.

Главными направлениями научно-практической деятельности Центра в 2000-х гг. является разработка и внедрение в клиническую практику перспективных методик лучевого, комбинированного и комплексного лечения онкологических и неопухолевых заболеваний с использованием высоковольтных аппаратов, а также современных технологий автоматизированной высокоплотностной внутриполостной и внутритканевой гамма-терапии на аппаратах с современными системами планирования, которые интегрируют свои аппаратурно-методические возможности лечения и взаимно дополняют друг друга. Это позволяет удерживать приоритеты организационно-методической базы и координации развития НИР в области лучевой диагностики, клинической радиологии, комплексных методов лечения на базе тесных научных связей и интеграции с основными научными медицинскими учреждениями.



Директор РНЦРР, чл.-корр. РАМН, проф. В.А.СОЛОДКИЙ ЮБИЛЕЙ РНЦ РЕНТГЕНОРАДИОЛОГИИ

Российский научный центр рентгенорадиологии, отмечая свое 85-летие, подводит значимые итоги усилий наших предшественников и оценивает многогранность достигнутого.

Развитие РНЦРР предусматривает техническое переоснащение диагностических и клинических подразделений Центра, создание оптимальных возможностей для применения современных технологий лечения – проведения лучевой терапии, рентгено- и эндоскопической хирургии; лечения радиоизотопными препаратами. Таким образом; в Российском научном центре рентгенорадиологии будет оказываться всесторонняя высокотехнологическая медицинская помощь в плане проведения лучевого, хирургического, комбинированного лечения.

Убежден, что коллектив РНЦРР успешно решит наши новые научно-производственные задачи.

Директор РНЦРР, чл.-корр. РАМН, проф. Владимир Алексеевич СОЛОДКИЙ. Окончил 2-й Московский медицинский институт им. Н.И.Пирогова (1978), прошел обучение в клинической ординатуре по хирургии. Работал в больницах и учреждениях здравоохранения Оренбургской, Владимирской и Московской областей.

С 1998 г. – на руководящих должностях в организационных структурах здравоохранения: заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации (1998-1999), помощник Министра здравоохранения и социального развития РФ (2006), заместитель руководителя Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи (2006).

Доктор медицинских наук (диссертация: «Научно-организационное обоснование программы государственной гарантии бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территориальном уровне») (2000). Автор более 100 научных работ, включая 3 монографии. Профессор (2002). Член-корреспондент РАМН по специальности «Экономика здравоохранения» (2005).

В марте 2009 г. назначен директором Российского научного центра рентгенорадиологии.

Доклад: КОМБИНИРОВАННОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Панышин Г.А.
(Российский научный центр рентгенорадиологии)

В РНЦРР более 60 лет ведутся исследования по лечению больных раком легкого. За этот срок хирургическое лечение проведено 3687 больным, из них 2703 (73,3%) операции были дополнены лучевой терапией в плане комбинированного лечения.

Повышение эффективности хирургии рака легкого, в первую очередь, обеспечивалось повышением радикализма операций, благодаря выполнению резекций в пределах здоровых тканей, в том числе с реконструкцией долевых и главных бронхов, бифуркации трахеи, что отдаляло линию пересечения бронха/трахеи от края опухоли. Учитывая травматичность хирургического лечения вследствие значительных потерь функционирующей легочной паренхимы, органосохраняющие операции способствовали уменьшению инвалидизации пациентов, расширению возможностей радикального хирургического лечения у больных пожилого и старческого возраста, а также при первично множественном раке легкого, частота которого, по нашим данным, составляет до 4% среди пролеченных больных. С 1965 г. операции сопровождались методической лимфодиссекцией с удалением лимфоузлов бронхопупмональных, корня легкого и средостения. Медиастинальная жировая клетчатка удалялась с лимфатическими узлами трахеобронхиальными, верхними и нижними (бифуркационными), паратрахеальными, передними и задними средостенными. При значительной местной распространенности опухоли, поражении главного бронха и бифуркации трахеи, грудной стенки, перикарда, магистральных сосудов, сердца выполнялись комбинированные (комбинированно-расширенные) операции.

Кроме того, улучшение результатов хирургического лечения достигалось применением комбинированных методов лечения. Изучена эффективность 4 методик предоперационного, 2 методик послеоперационного облучения, а также сочетания пред- и послеоперационной лучевой терапии. Лечение проводилось с применением различных источников излучения (гаммаустановка, ускоритель) и в различных режимах подведения дозы.

В РНЦРР накоплен наибольший в мире опыт резекции и пластики крупных бронхов, бифуркации трахеи при раке легкого: выполнено 1418 (38,5%) реконструктивных операций; разработаны, усовершенствованы и применены 25 вариантов реконструкций бронхов и бифуркации трахеи. Из них сегментэктомии с резекцией бронхов выполнены 49 больным, лоб- и билобэктомии с клиновидной или циркулярной резекцией бронхов – 1101, лоб- и билобэктомии с циркулярной резекцией главного бронха, резекцией бифуркации трахеи – 63, пневмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи – 205 пациентам. Детально разработаны показания к операциям, программы обследования, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, что позволило значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность – эти показатели существенно не отличаются от таковых после обычных резекций легкого. В 8,1% операций выполнялись комбинированные хирургические вмешательства в связи с прорастанием опухоли грудной стенки, перикарда, верхней полой вены, ствола легочной артерии, стенки пищевода, блуждающего и диафрагмального нервов. Частота послеоперационных осложнений за 40 лет хирургии рака легкого снизилась с 25,5 до 3,7%; послеоперационная летальность – с 9,1% до 0-1%.

Анализ отдаленных результатов различных вариантов комбинированного и хирургического лечения больных раком легкого показал эффективность послеоперационной лучевой терапии мелкими (по 2 Гр) и укрупненными (по 3 Гр) фракциями, прежде всего, при метастазах в лимфоузлах корня легкого и средостения.

У пациентов с I стадией заболевания комбинированное лечение (как с предоперационным, так и послеоперационным облучением) сравнительно с хирургическим не повлияло на отдаленные результаты: 5-летняя выживаемость составила 62,7-62,1 и 61,8% соответственно (показатели 5-летней выживаемости после комбинированного и хирургического лечения составили при $T_1N_0M_0$ – 74,2 и 69,6%; при $T_2N_0M_0$ – 58,7 и 58,2%).

У пациентов со II стадией ($T_{1-2}N_1M_0$) 5-летняя выживаемость при послеоперационном облучении превышала ($p < 0,05$) аналогичный показатель продолжительности жизни после предоперационного облучения (42,8 и 32,9%) и после только хирургического лечения (29,6%). При IIIa стадии также показано повышение ($p < 0,05$) 5-летней выживаемости у больных, оперированных с проведением послеоперационной лучевой терапией, сравнительно с назначением лучевой терапии предоперационно, а также сравнительно с только хирургическим лечением: 35,4; 25,5; 20,0% соответственно.

Представляет интерес анализ причин проявлений прогрессирования опухоли и летальных исходов в отдаленные сроки. Из 175 больных, у которых при динамическом наблюдении было диагностировано прогрессирование процесса, гематогенные метастазы (в органы и ткани) выявлены в 77,7% наблюдений, лимфогенные метастазы (в средостении) – в 21,2%; местные рецидивы – лишь в 1,1% случаев.

Таким образом, совершенствование хирургического метода и лучевой терапии, в плане комбинированного лечения позволило свести к минимуму местные рецидивы заболевания. Основной причиной неудач в хирургическом и комбинированном лечении рака легкого является гематогенное метастазирование, что обуславливает необходимость сочетать хирургическое и лучевое лечение с проведением системной химиотерапии. В настоящее время в РНЦРР проводятся исследования по изучению эффективности различных вариантов химиотерапии в сочетании с хирургическим и лучевым методами.



Дискуссия. Фиксированное выступление в прениях: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИИ РАКА ЛЕГКОГО. – Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Иванов С.М., Волков С.М. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

Более чем 60-летний опыт хирургического и комбинированного лечения больных раком легкого, представленный одним из ведущих медицинских центров России, безусловно, вызывает интерес. Это обусловлено желанием сопоставить собственные результаты с достижениями престижной клиники, получить ответ профессионалов на вопрос о значении лучевой терапии для улучшения результатов хирургии рака легкого.

Обращает внимание принципиальная общность представлений специалистов РНЦРР и РОНЦ о путях повышения эффективности хирургического лечения: «В первую очередь (эффективность) обеспечивалась повышением радикализма операций». В том числе, выполнением лимфодиссекции с удалением лимфоузлов корня легкого и средостения. Радикализм хирургических вмешательств обеспечивается также резекцией «в пределах здоровых тканей» прилежащих анатомических образований, пораженных распространением опухоли. Частота операций, комбинированных с резекцией бифуркации трахеи, грудной стенки, перикарда, магистральных сосудов и др. составила 8,1% в РНЦРР и 16,3% (385/2365) – в РОНЦ.

Существенным различием, однако, является необъяснимо значительная (38,5% !) частота операций с резекцией и пластикой бронхов в материалах РНЦРР. По статистике РОНЦ органосохраняющие операции при опухолях проксимального отдела и устья долевого бронха в объеме бронхо- (ангио) пластических лобэктомий выполнены 61 (26,3%) из 232 больных. В остальных 77,2% случаев при данной распространенности выполнялись пневмонэктомии (объем операции определялся, в том числе, и состоянием лимфогенного метастазирования). Частота пневмонэктомий с резекцией трахеи составила 15% – операции указанного объема выполнены в 135 из 901 наблюдения центрального рака легкого, при распространении опухолевой инфильтрации на проксимальный отдел главного бронха, трахео-бронхиальный угол, карину.

Принципиальным различием установок РНЦРР и РОНЦ является определение показаний к проведению лучевой терапии в плане комбинированного лечения. В РОНЦ лучевая терапия в неоадьювантном режиме назначается лишь при раке верхушки легкого, в адьювантном – в основном при выраженном метастатическом поражении лимфоузлов средостения. Считается, что дополнение операции еще одним методом локальной направленности – лучевой терапией – менее рационально, чем сочетание операции с химиотерапией, обеспечивающей системное противоопухолевое воздействие. В РНЦРР лучевая терапия применяется значительно чаще. Она не влияет на продолжительность жизни при I стадии (5-летняя выживаемость соответствует 62%), но позволяет улучшить ($p < 0,05$) результаты хирургического лечения при II-III стадии (до 32,9-42,8 и 25,5-35,4% 5-летней выживаемости соответственно). Закономерно возникает вопрос о том, каким образом, благодаря каким факторам, достигается увеличение продолжительности жизни в результате комбинированного лечения с применением лучевой терапии. Тем более, что по данным РНЦРР, несмотря на проведение лучевой терапии 73,3% оперированных последующее прогрессирование процесса характеризовалось лимфогенными метастазами в средостении и отдаленными – в органах и тканях, соответственно в 21,2 и 77,7% прослеженных наблюдений.

Логика прогресса в хирургии рака легкого по материалам РОНЦ, где комбинированное лечение проводилось лишь 17% больных, представляется следующим образом: улучшение результатов операций при I-II стадии (до 63,4 и 48,4% 5-летней выживаемости) достигается преимущественно за счет совершенствования самого хирургического метода, благодаря повышению радикальности операций, выполнению превентивной медиастинальной лимфодиссекции (основное условие предотвращения последующих метастазов). При III стадии, обусловленной метастазами в средостении, медиастинальная лимфодиссекция не повышает выживаемость, однако необходима для определения истинной распространенности процесса и прогноза, профилактики тягостных местных проявлений прогрессирования. Операция при III стадии способствует продлению жизни (клиническому выздоровлению) 25,2% больных.

Несмотря на выполнение лимфодиссекции, последующее прогрессирование процесса характеризуется выявлением метастазов в средостении у 7,6% прослеженных больных (при этом частота прогрессирования опухолевого процесса, составлявшая до 1990-х гг. 45-48%, в последующем снизилась до 37,6%). Совершенствование хирургического метода предусматривает, при выявлении медиастинальных метастазов, выполнение современных расширенных операций из стернотомного доступа, что обеспечивает адекватность удаления клетчатки и лимфоузлов верхнего средостения, повышает радикализм хирургических вмешательств.

Доклад:

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каприн А.Д., Панышин Г.А., Хмелевский Е.В., Миленин К.Н., Альбицкий И.А.
(Российский научный центр рентгенорадиологии)

Современные методы лечения предусматривают выполнение радикальной простатэктомии, либо проведение лучевой терапии – дистанционной, внутритканевой, сочетанной.

Радикальная простатэктомия обеспечивает наилучшие отдаленные результаты. Операция заключается в удалении предстательной железы, регионарных лимфатических узлов, формировании анастомоза между мочевым пузырем и уретрой. С 2001 г. в РНЦРР радикальная простатэктомия выполнена 154 больным.

Общая 5-летняя выживаемость составила 95%, опухолево-специфичная выживаемость (с учетом только летальных исходов, обусловленных прогрессированием процесса) – 97%. Безрецидивное 5-летнее течение отмечено у 70,1% больных.

Лучевая терапия является одним из основных лечебных методов, особенно при распространении процесса за пределы капсулы предстательной железы и отсутствии отдаленных метастазов. При увеличении размеров первичной опухоли с T₂ до T₄ частота местных рецидивов после лучевого лечения увеличивается в среднем с 8 до 30%. Это является одной из главных причин уменьшения продолжительности и ухудшения качества жизни.

Дистанционная (фотонная) лучевая терапия по радикальной программе применяется у пациентов с противопоказаниями к хирургическому лечению. Накоплен значительный опыт проведения дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) у больных с локальными формами заболевания. Для проведения ДЛТ используются гамматерапевтические аппараты с радиоактивными источниками ^{60}Co , линейные ускорители электронов с энергией пучков 6-25 МэВ. Современные технологии дозиметрической и топометрической подготовки позволяют подвести на область предстательной железы суммарную очаговую дозу 70-74 Гр за 35-37 фракций, по 4-6-польной программе облучения, что, в настоящее время, является общепринятой методикой лечения; 5-летняя безрецидивная выживаемость локализованным раком составляет 69%.

В 2000-х гг. активно применяются методики конформной лучевой терапии, подразумевающие трехмерное планирование облучения с использованием КТ или МРТ. Многие радиологические центры оборудованы аппаратами для лучевой терапии, совмещенными с КТ. Эти усовершенствования позволяют повысить точность подведения дозы, что значительно снижает частоту лучевых реакций и осложнений, повышает эффективность лечения. Совершенствование методик дистанционной лучевой терапии происходит, в том числе, в направлении все более активного применения высокоэнергетических пучков протонов.

Брахитерапия ^{125}I является современным, высокотехнологичным, эффективным, сравнительно безопасным и легко воспроизводимым методом лечения больных раком предстательной железы. Ее применение сопровождается низким уровнем осложнений и летальности; отдаленные результаты сопоставимы с результатами лечения локализованных опухолей, в связи с чем брахитерапия рассматривается в качестве реальной альтернативы традиционным лечебным методам. С 2003 г. в РНЦРР имплантация микроисточников ^{125}I больным локализованным и местнораспространенным раком предстательной железы выполнена 371 больному; из них в 234 случаях – брахитерапия в монорежиме до СОД 140 Гр., и в 137 – в комбинированном режиме до СОД 110 Гр. с последующим проведением ДЛТ на весь объем малого таза СОД 44-46 Гр. Показания и противопоказания к брахитерапии разработаны в соответствующих протоколах. Брахитерапия в монорежиме (СОД 140 Гр.) проводится пациентам с благоприятным прогнозом течения основного заболевания (индекс Глиссона менее 6 баллов, инициальный уровень ПСА менее 10 нг/мл, отсутствие отдаленных метастазов). Рецидивы выявлены у 31 (8,3%) больного; частота рецидивов после брахитерапии в монорежиме и брахитерапии в сочетании с ДЛТ составила 8,9 и 10,9% соответственно.



Дискуссия. Фиксированное выступление в прениях: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Ткачев С.И., Матвеев В.Б., Прямякова Ю.И., Медведев С.В., Рошин Д.А. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

Выбор метода лечения локализованной формы (T_1 - T_2) рака предстательной железы определяется с учетом факторов, обусловленных основным заболеванием, выраженности сопутствующей патологии, личных предпочтений пациента. В 2000-х гг. приоритетами при выборе метода лечения считаются меньшая травматичность лечения, сохранение качества жизни, радикальность лечебного воздействия. В этой связи все более актуальными становятся малоинвазивные хирургические эндоскопические вмешательства с сохранением сосудисто-нервных пучков, а также методики низко- и высокодозной интраканальной лучевой терапии (брахитерапии), возможно в сочетании с дистанционной лучевой терапией.

Брахитерапия ^{125}I проведена 116 больным. Непосредственные результаты были оценены у 94 пациентов. Хирургические осложнения зафиксированы в 8, рецидивы заболевания (метастазы в тазовые лимфатические узлы) – в 2 случаях. Безрецидивная выживаемость в группе умеренного прогноза за время наблюдения составила 92%. Качество жизни соответствовало дооперационному уровню.

Сравнительная эффективность конформной и конвенциональной лучевой терапии. Дистанционная лучевая терапия и брахитерапия являются альтернативой радикальной простатэктомии как при раннем, так и при местнораспространенном раке предстательной железы. Дистанционная ЛТ (в сочетании с гормонотерапией) показана в значительном числе наблюдений, поскольку большинство больных раком предстательной железы – это пожилые люди, отягощенные сопутствующими заболеваниями. В 1990-х гг. развитие новых технологий, дозиметрии, совершенствование технических возможностей ДЛТ привело к внедрению 3-мерной конформной лучевой терапии (3D CRT). Работы 1990-х гг. показали, что 3D CRT позволяет уменьшить лучевую нагрузку на нормальные ткани наряду с эскалацией дозы в опухоли и повлиять на улучшение непосредственных и отдаленных результатов. В РФ технология конформной лучевой терапии (3D CRT) только начинает внедряться и нам представляется целесообразным представить сравнительные результаты конформной и конвенциональной лучевой терапии.

За период 2001-2003 гг. в радиологическом отделении РОНЦ проведено лечение 88 больным раком предстательной железы. Их возраст составил от 46 до 80 лет, в среднем – 62 года. Частота стадий составила: $T_2N_xM_0$ – 18,2%, $T_{3a}N_xM_0$ – 53,4%, $T_{3b}N_xM_0$ – 18,2% и $T_4N_xM_0$ – 10,2%. К группе высокого риска относились 80 (90%) больных, вошедших в наше исследование (National Comprehensive Cancer Network, 2005).

В зависимости от варианта ДЛТ пациенты разделены на две группы: I группу составили 37 больных, получивших конвенциональную лучевую терапию на линейных ускорителях электронов, а II группу – 51 пациент с использованием 3D CRT. Группы сопоставимы по возрасту, стадиям заболевания.

За 5-летний срок наблюдения локорегионарные рецидивы в предстательной железе, лимфоузлах таза, паховых зонах в группе конвенциональной лучевой терапии выявлены у 2 (5,4%), а в группе конформного облучения – у 1 (1,9%) больного. Биохимический рецидив заболевания диагностирован у 21,6% больных в I и у 3,9% пациентов во II группе. Средний срок до возникновения рецидива в I группе составил 13 мес., во II – 16,3 мес. Метастазы в кости наблюдались у двух пациентов в I и у одного во II группе. Пятилетняя безрецидивная выживаемость составила в I группе – 73%, во II – 94,2% ($p=0,0001$).

Пятилетняя выживаемость без признаков заболевания составила в I группе – 67,6%, во II – 92,3% ($p=0,0004$). Поздние лучевые повреждения отмечались реже у больных после конформной лучевой терапии – 3,9%, чем у пациентов, получавших конвенциональную ЛТ – 13,5% ($p=0,01$).

Таким образом, применение конформной ЛТ позволило увеличить СОД до 74-76 Гр, провести нерасщепленный курс радиотерапии, что в совокупности привело к достоверному улучшению 5-летней выживаемости больных раком предстательной железы $T_{2-4}N_xM_0$ без увеличения числа лучевых повреждений.



ПРОВОЗВЕСТНИК

ЗАСЕДАНИЕ, № 561,

совместное с обществом патологоанатомов, посвященное памяти академика Н.А.Краевского
Состоится во вторник 13 октября 2009 г. в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Повестка дня: **КЛИНИКА И МОРФОЛОГИЯ MALT-ЛИМФОМ**

Доклад: МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА MALT-ЛИМФОМ. – к.м.н. Кокосадзе Н.В., проф. Пробатова Н.А., д.м.н. Ковригина А.М. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина). *Доклад:* КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ MALT-ЛИМФОМАМИ. – чл.-корр. РАМН, проф. И.В.Поддубная (Российская медицинская академия последипломного образования).

ЗАСЕДАНИЕ, № 562,

Состоится в четверг 29 октября 2009 г. в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Повестка дня: **ЛЕЧЕБНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ при ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ САРКОМАХ**

Доклад: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ. – проф. В.А.Горбунова.

Доклад: ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОСТЕОСАРКОМАМИ. – д.м.н. Г.Н.Мачак *Доклад:*

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ САРКОМАХ ЮИНГА – д.м.н. Н.М.Иванова. *Информационное*

сообщение: ПРОЕКТ СОЗДАНИЯ ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ САРКОМ. НЕОБХОДИМОСТЬ КООРДИНАЦИИ УСИЛИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ. – к.м.н. А.Ю.Бохян.

ЗАСЕДАНИЕ, № 563,

Состоится в четверг 17 декабря 2009 г. в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Повестка дня **55-ЛЕТИЕ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА**

Научно-практическая конференция

«ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ»,

посвященная 55-летию Московского Онкологического общества,

Юбилей будет отмечен научно-практической конференцией, на которой, по установившейся традиции (см. опыт торжеств в связи с 50-летием Общества и материалы состоявшейся в 2004 г. конференции по экстренной хирургии и терапии в онкологии), будут рассмотрены важные вопросы онкологической науки и практики.

В материалах декабрьской (2009 г.) конференции, названной «ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ», найдут отражение статьи, аналитические обзоры, описания практических наблюдений. Будут приняты к публикации сведения о заболеваемости, смертности, продолжительности и условиях (качестве) жизни онкологических пациентов. Особый интерес представляют исследования, в которых показатели выживаемости будут дополнены анализом причин летальных исходов после радикального противоопухолевого лечения. Разумеется, без каких либо ограничений будут опубликованы описания случаев клинического излечения, взятые из богатейшей онкологической практики. Объем представляемых сообщений не лимитируется. Ваши материалы *все еще, безусловно*, следует направлять на почтовый и электронный адреса, указанные в выходных данных Вестника Общества.

«Информирую, следовательно существую!» (лат.)



УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

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.

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

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

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

ISSN 1728-3000 7 71 728 30000	Председатель Общества	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское. шоссе 24 (т. /+7 495/ 324-1970)
	Главный редактор	Сергей Михайлович ВОЛКОВ (т./+7 495/ 324-2640; 741-9265) E-mail: volkov_sm@mail.ru
	Зам. Главного редактора	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714
	Ответственный секретарь	Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /+7 495/324-9464
	Секретарь-референт	Ираида Ивановна БЕЛОУСОВА т. /+7 495/324-11-55
НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА Сентябрь 2009; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 14.09.2009; Заказ 777		