

ХРОНИКА

ПРОТОКОЛ 394-ГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

(26 ноября 1992 г.)

*Председатель — проф. А. И. Пирогов
Секретарь — канд. мед. наук. С. Б. Петерсон*

ДОКЛАД И ДЕМОНСТРАЦИЯ

*А. С. Мамонтов, Е. С. Киселева, А. В. Бойко,
Ю. Г. Трофименко*

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ

МНИОИ им. П. А. Герцена

По обобщенным многолетним данным МНИОИ им. П. А. Герцена, комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией показано больным раком пищевода при протяженности опухоли 5 см и более, а при локализации в верхней трети — независимо от протяженности поражения. Однако проведение предоперационной лучевой терапии в ряде случаев невозможно из-за угрозы осложнений, связанных с распадом опухоли (кровотечение, глубокое изъязвление с угрозой перфорации).

Представляется перспективным комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией. Дополнение хирургического лечения лучевым компонентом позволяет без риска больших послеоперационных осложнений повысить радикальность хирургических вмешательств.

Послеоперационная лучевая терапия проведена 60 больным раком грудного отдела пищевода. Мужчин было 52, женщин — 8 человек, преимущественно (81,7%) старше 50 лет. У 93,3% был плоскоклеточный рак, у 5% — диморфный, у 1,7% аденокарцинома. Опухоль локализовалась в верхней трети пищевода у 9,3%, в средней трети — у 51,7%, в нижней — у 45% больных. По данным дооперационного обследования, протяженность опухоли до 5 см отмечена у 31,7%, 5—8 см — у 43,3%, свыше 8 см — у 25% больных.

На основании критериев, принятых в МНИОИ, операции расценены как радикальные у 31,7% и как паллиативные — у 68,3% больных. В основном лучевое лечение начиналось через 1—3 мес после операции. Это определялось степенью и скоростью восстановления. После радикальных операций применялась методика суперфракционирования: РОД 1,2 Гр 2—3 раза в день с интервалом 4—5 ч до СОД 46—50 Гр. При такой РОД

поражение оксигенированных и анокстированных клеток аналогично, но восстановление нормальных тканей происходило в 2—3 раза быстрее и заканчивалось через 4—5 ч. После паллиативных операций СОД увеличивалась до 50 Гр на все поля облучения и до 60—66 Гр на зону остаточной опухоли. Если после операции оставался достаточно большой объем опухоли или метастазов, применялась схема динамического фракционирования дозы до СОД 60—66 Гр.

В качестве контрольной группы рассмотрено 76 оперированных в 1990—1992 гг., которым проводилась предоперационная лучевая терапия. Анализируемые группы сопоставимы по полу, возрасту, локализации и распространенности опухоли. В контрольной группе у 36,8% операции расценены как радикальные и у 73,2% больных — как паллиативные.

Осложненное послеоперационное течение отмечено у 33% больных с послеоперационным облучением и у 42,1% в контрольной группе. Послеоперационная летальность составила соответственно 10,4 и 15,8%.

ДЕМОНСТРАЦИИ

Больной К., 64 года. Диагноз: рак бронхиального и ретроперикардального сегментов пищевода III стадии, T4N0M0, смешанная форма роста. Оперирован 7.10.92 в объеме одномоментной резекции и пластики пищевода изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка. Опухоль (плоскоклеточный неороговевающий рак с инвазией всей стенки пищевода и паразофагеальной клетчатки, без метастазов) была интимно спаяна с левым главным бронхом, что потребовало ее отделения «острым путем». Послеоперационный период без осложнений. Отсроченно (24.11.92) сформирован эзофагогастроанастомоз на шее. При обследовании признаков прогрессирования не отмечено. Планируется проведение послеоперационной лучевой терапии.

Больной К., 58 лет. Диагноз: рак бронхиального и ретроперикардального сегментов пищевода IIА стадии, T3N0M0, смешанная форма роста. Оперирован 2.07.90 в объеме одномоментной резекции и пластики пищевода изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка. Опухоль (плоскоклеточный ороговевающий рак с инвазией всей стенки пищевода, без метастазов) имела глубокое изъязвление, была спаяна с окружающими тканями. Послеоперационное течение без осложнений. Проведена (20.08—11.09.90) лучевая терапия по методике суперфракционирования с дроблением дозы 1,2 Гр 2 раза в день, СОД — 40 Гр на зону удаленной опухоли; дистанционная лучевая терапия продолжена (21.09.—11.10.90) на шейно-надключичные зоны по 3 Гр ежедневно и на перикардальную зону — по 1,2 Гр 2 раза в день до СОД 40 Гр. Лечение без осложнений. Эзофагогастроанастомоз сформирован 15.11.90. За 1991—1992 гг. проведено 4 курса полихимиотерапии. При обследовании через 28 мес после операции признаков рецидива не отмечено.

Больной Г., 64 года. Диагноз: рак бронхиального и ретроперикардального сегментов пищевода III ста-

дии, T4N0M0, смешанная форма роста. Оперирован 7.10.90 в объеме одномоментной резекции и пластики пищевода изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка. Опухоль (плоскоклеточный ороговевающий рак с инвазией всей стенки пищевода без распространения на соседние структуры и метастазов) имела изъязвление. Послеоперационный период без осложнений. Отсроченно (17.12.90) сформирован эзофагогастроанастомоз на шее. Проведена (21.01.—7.02.91) лучевая терапия на ложе пищевода по методике суперфракционирования с дневным дроблением дозы. СОД — 40 Гр. Проведено 4 курса полихимиотерапии. При обследовании через 25 мес признаков рецидива не обнаружено.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— Объем облучения шейно-надключичных и кардиальной зон стандартный: производилось облучение парааортальной зоны и развилки чревного ствола. Основное показание к послеоперационному облучению — невозможность лучевой терапии до операции.

— Повышение эффективности послеоперационной лучевой терапии по сравнению с предоперационной можно объяснить подбором больных в анализируемых группах.

— Профилактическая лимфаденэктомия в перикардиальной зоне не выполнялась.

— Метастазы в лимфоузлах выявлены у 40—70% оперированных.

— Цель лучевой терапии после профилактической лимфаденэктомии — воздействие на субклинические метастазы.

ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

В. М. КУХАРЕНКО: В докладе поставлен новый и актуальный вопрос. Формула «комбинированное лечение» не определена. Если сроки послеоперационного облучения не выдержаны, то речь идет о последовательном хирургическом и лучевом лечении. Профилактическая лимфаденэктомия обязательна. Она повышает радикальность лечения и обосновывает возможность уменьшения в последующем зоны облучаемых тканей. Обязательным является облучение шейно-надключичных зон и ложа удаленной опухоли.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ: В докладе отражен еще один путь повышения эффективности лечения рака пищевода. Демонстрированы больные, операбельность которых была сомнительна, тем не менее, продолжительность их жизни превышает 2-летний срок. Конечный успех лечения обусловлен именно лучевым этапом: в значительном числе наблюдений выполнялись паллиативные операции, а проведение лучевой терапии существенно продлевало ремиссию.

Критерии радикальности, предлагаемые в МНИОИ, дискуссионны. Можно возразить, что соблюдение всех этих критериев делает сомнительным саму возможность радикальной операции. Комбинированное лечение предполагает применение полноценных ле-

чебных методик. Так, операцию без лимфаденэктомии нельзя признать радикальной. Также очевидно, что при раке среднеструдного отдела пищевода необходимо воздействие на надключичные зоны.

Вызывает недоумение, что лимфаденэктомия перикардиальной зоны не выполнялась, но у 40—70% оперированных в лимфоузлах выявлены метастазы. Столь высокий показатель характеризует обычно полноценное, качественное удаление клетчатки и лимфоузлов. Представляет интерес анализ наблюдений, в которых лучевая терапия была бы проведена после операции с обязательной лимфаденэктомией.

Проф. Е. С. КИСЕЛЕВА: Представленный метод лечения безусловно является комбинированным. Сроки начала послеоперационной лучевой терапии не так важны, как при предоперационном облучении. Интервал в 2—3 мес между операцией и лучевой терапией оправдан, так как за это время происходит восстановление больного. Послеоперационное облучение проводится при известной распространенности процесса, оно легче переносится; радиологии не так жестко связаны требованиями, которые определяются временем и дозой лечения. В связи с этим одинаковая доза (около 50 Гр), подведенная после операции, более эффективна, чем в предоперационном периоде. Это подтверждается отсутствием лучевых кожных реакций и изменений на ЭКГ (в том числе и у демонстрированных больных). Успех лечения определяется содружественным воздействием хирурга и лучевого терапевта.

Проф. В. П. ЛЕТЯГИН: При проведении послеоперационного облучения имеется максимум информации об опухоли, эффективность лечения повышается. Отсутствие жестких сроков дает возможность изменять в случае необходимости дальнейший план лечения, в том числе использовать химиотерапию.

Проф. А. С. МАМОНТОВ: На многие поставленные вопросы еще не получено однозначных ответов. Это касается и радиобиологических обоснований сроков послеоперационной лучевой терапии. Сочетание хирургии и облучения следует считать комбинированным методом лечения.

Проф. А. И. ПИРОГОВ в заключительном слове отметил изменение подходов к комбинированному лечению — замену предоперационного облучения послеоперационным, — что открывает новые возможности лечения больных раком грудного отдела пищевода.

ПРОТОКОЛ 395-ГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

(24 декабря 1992 г.)

Председатель — проф. А. И. Пирогов

Секретарь — канд. мед. наук. С. Б. Петерсон

ДЕМОНСТРАЦИЯ:

Л. Е. Денисов, М. И. Курдина, Л. М. Ярыгин,
Ю. П. Грибунов

ЛИМФАНГИОСАРКОМА НА ФОНЕ ВЫРАЖЕННОГО ЛИМФОСТАЗА РУКИ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Центральная клиническая больница Правительственного медицинского центра

Синдром Стюарта — Тривса — лимфангиосаркома (ЛАС) — развивается на фоне лимфостаза после мастэктомии. Впервые описан в 1948 г. Имеется 320 наблюдений синдрома в зарубежной литературе. Лимфостаз расценивается как предпухоловое состояние. Злокачественный рост начинается из эндотелия кровеносных сосудов. Гистологически характерны хронический отек, атипия и нарушение дифференцировки клеток эндотелия, пролиферация сосудов. ЛАС — крайне злокачественная, быстро прогрессирующая опухоль, в течение года приводящая к летальному исходу. Страдают в основном женщины от 40 до 85 лет, перенесшие мастэктомию за 10 и более лет до развития ЛАС (описаны случаи со сроком от 4 до 30 лет). Известен 1 случай развития опухоли у мужчины. В начале заболевания на фоне лимфостаза появляются геморрагические пятна (в виде телеангиоэктазий). Пятна, увеличиваясь, превращаются в бляшки, а затем — в плотные болезненные синюшно-красные узлы, формирующие крупные конгломераты. Инфильтрация тканей нарастает до индуративного отека. Характерен мультицентричный рост опухоли, быстрое и обильное метастазирование в кости, печень, брюшину, легкие. Основным методом лечения ЛАС — ампутация или экзартикуляция конечности. Органосохраняющее лечение не оправдано. Возможно проведение предоперационной лучевой терапии, однако, по мнению ряда авторов, ЛАС резистентна к лучевой терапии. Средняя продолжительность жизни оперированных — 4,5 года.

В нашем наблюдении, больная 80 лет поступила (21.05.91) с жалобами на отеки и высыпания на коже левой руки, интенсивные боли в области левого плеча и руки. В 1971 г. произведена радикальная мастэктомия слева по поводу рака молочной железы, осложнившаяся через год лимфостазом левой руки. Прогрессирования рака молочной железы не отмечено. В октябре 1990 г. без видимой причины на коже левого предплечья появились синюшно-красные геморрагические пятна, быстро увеличивающиеся в размерах, сливающиеся между собой. Увеличился отек левой руки, появились боли.

В течение 2—3 мес очаги на предплечье преобрили вид обширных, кровоточивших бляшек и узлов, появились новые очаги на коже плеча и кисти слева.

Дифференциальный диагноз проводился с посттравматической гематомой, саркомой Капоши, ангиосаркомой, метастазами рака молочной железы в кожу. Характерная клиническая картина и анамнез позволили заподозрить ЛАС, что подтвердилось при морфологическом изучении биоптата кожи. Больная тщательно обследована — признаков генерализации рака молочной железы и лимфангиосаркомы не выявлено, однако выраженная сопутствующая патология позволяла проводить лишь симптоматическое лечение. В дальнейшем высыпания распространились на кожу грудной клетки, стали постоянными интенсивные боли. Выявлено метастатическое поражение головного мозга, деструкция затылочной кости слева. Спустя 9 мес от начала заболевания (27.07.91) при явлениях нарастающей интоксикации и полиорганной недостаточности наступила смерть.

Учитывая злокачественность ЛАС и неудовлетворительные результаты лечения, необходимо уделять большее внимание профилактике лимфостаза.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— При постановке диагноза ЛАС ведущее значение имеют анамнез и клинические проявления заболевания.

— Морфологический диагноз установлен после двукратного пересмотра препаратов.

ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

В. Г. Акимов, Н. П. Дементьева, А. И. Карселадзе

Поликлиника Российской АН

ЛАС на фоне лимфостаза руки после мастэктомии — редкое наблюдение в клинической практике. К сожалению, подобные случаи не нашли отражения в отечественной литературе. Очевидно, что их частота будет возрастать по мере увеличения числа больных, излеченных от рака молочной железы. В нашем наблюдении ЛАС возникла у больной 84 лет на фоне элифантисма верхней конечности, через 12 лет после секторальной радикальной мастэктомии слева с подмышечной лимфаденэктомией (1979) по поводу рака молочной железы I стадии. Через год после операции возник лимфостаз руки без нарушения ее функции. Через 12 лет (1991) увеличилась отечность левого предплечья, появилось чувство распирания, гиперемия кожи. Вскоре появились единичные узелки желтовато-розового цвета, которые стали быстро разрастаться и слились в сплошной конгломерат, располагающийся по всей поверхности предплечья. Узлы напоминали гроздь винограда: экзофитной формы роста, диаметром до 2,5 см, красновато-синюшного цвета, окружены множественными мелкими сателлитами, схожими по окраске с неизменной кожей. Через 3 мес после появления первых элементов наступило изъязвление кожи над опухолью с распадом

опухолевой ткани и выделением серозно-геморрагической жидкости. При гистологическом исследовании выявлены переплетения веретенообразных клеток со светлыми ядрами и узкой лентовидной цитоплазмой, тонкие щелевидные полоски, содержащие эритроциты. В строении опухоли обнаружены диффузные очаги фиброза с сдавлением сосудов. Диагностирован синдром Стюарта — Тривса. Состояние больной ухудшалось, нарастала интоксикация, от которой она скончалась через 5 мес после выявления первых кожных элементов новообразования. На аутопсии метастазов не выявлено.

Ю. М. ТИМОФЕЕВ: В Калининградском областном онкологическом диспансере наблюдался пожилой мужчина, перенесший за 15 лет до этого ампутацию полового члена и двустороннюю операцию Дюкена по поводу рака. Через год после операции наступил лимфостаз ног. При обследовании в 1997 г. выявлены кожные новообразования на правой ноге. Морфологическая картина в биоптате соответствовала саркоме Капоши. При ретроспективной оценке эта опухоль может быть расценена как проявление синдрома Стюарта — Тривса.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (Председатель): В представленных наблюдениях, отлично иллюстрированных цветными слайдами, много общего. Кроме лимфостаза обращают на себя внимание пожилой возраст больных и, как следствие, — иммунодепрессия. Ранняя диагностика ЛАС достаточно трудна — начало заболевания схоже с рожистым воспалением, которое часто возникает на фоне лимфостаза. Частота опухоли будет возрастать вследствие улучшения результатов лечения. Возможность развития ЛАС — еще один веский аргумент в пользу профилактики и лечения лимфостаза.

ДОКЛАД

М. И. Курдина, Л. Е. Денисов

ПРОГРАММИРОВАННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ — ОСНОВА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Центральная клиническая больница Правительственного медицинского центра

Наиболее эффективное средство своевременного выявления опухолей кожи — это индивидуальное наблюдение (осмотры) квалифицированным семейным врачом общего профиля, имеющим специальную онкологическую подготовку. В литературе эта проблема практически не освещена.

При анализе заболеваемости постоянного контингента населения установлено, что в течение 1985—1989 гг. опухоли кожи занимали первое место в общей структуре злокачественных новообразований. На долю эпителиом приходилось от 16 до 24% случаев (в Москве этот показатель в 3—4 раза, а по СНГ — 1,5—2 раза ниже). Меланома занимала одно из последних мест в структуре онкологической заболеваемости — около 2,6% случаев (в Москве — в 1,7 раза, по СНГ — в 2,3 раза ниже).

Заболеваемость эпителиомами за 5 лет выросла на 25,5%. Темпы роста заболеваемости составили 9,6% в

год. Заболеваемость меланомой выросла на 84,2% — темп прироста 12,6% в год. Полученные показатели объясняются высокой эффективностью системы наблюдения и диспансеризации анализируемого контингента населения. В 1989 г. разработана и внедрена специальная программа выявления злокачественных новообразований кожи (ЗНК). Ведущая роль в ней принадлежит врачу-дерматологу. При ЗНК к нему обращались больные самостоятельно (12,6%) или их направляли другие специалисты. К лечащему врачу-терапевту обращались только 9,8% больных.

При первичном осмотре дерматолог определяет группу здоровых лиц, осмотр которых проводится через год, группу больных дерматозами, в том числе опухолевыми, требующими наблюдения и лечения. Лица, включенные в группу повышенного риска, активно осматриваются дерматологом 2—4 раза в год (в зависимости от природы заболевания). При необходимости к осмотру привлекается онколог, при показаниях применяется морфологическое исследование. В результате внедрения этой системы опухоли кожи выявлены у 21,3% больных: при облигатных предраковых дерматозах малигнизация наступила в 100%, при факультативных — в 23%, при дерматозах с явлениями патологической регенерации — в 1,9% случаев. В группе активного наблюдения меланома кожи выявлена у 40,8% больных: среди облигатных предшественников — в 57,6%, среди факультативных — в 20% случаев. Частота рецидивов рака кожи в группе повышенного риска составила 21,6%, меланомы — 37,7%. При первично-множественных новообразованиях рак кожи выявлен у 51,6%, а меланома — у 7,3% больных. Как первые опухоли они диагностированы у 39,7 и у 4,2% больных.

Эффективность программы активного выявления ЗНК составляет 76,7% (81,8% — при раке и 71,6% — при меланоме кожи) и зависит в основном от организации диспансеризации, сроков и качества врачебного осмотра. Внедрение программы мероприятий по активному выявлению ЗНК позволяет установить диагноз на амбулаторно-поликлиническом этапе у 97,3 больных (96,1% — при раке и 98,4% — при меланоме). В течение 1989—90 гг. все эпителиомы выявлены в I стадии. В течение 1985—88 гг. I стадия меланомы диагностирована у 82% больных, в 1989—90 гг. — у 94%, а в 1991 г. — у всех больных. Это позволяет практически всем больным выполнять раннее радикальное лечение. Число рецидивов в течение 3—5 лет при раке составило 1,1%, при меланоме — 1,3%. Пятилетняя выживаемость при меланоме составила 92%, при плоскоклеточном раке — 95,5%, при базальноклеточном раке — 100%. Смертность от ЗНК в 1985—90 гг. составила 0,9% от общего числа умерших от злокачественных образований.

Таким образом, внедрение системы активного выявления позволяет выявить практически всех больных ЗНК на ранних стадиях развития опухолей и соответственно обеспечить благоприятный прогноз их жизни.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ:

— Лечение предбластоматозных состояний назначается всем больным, но не все его выполняют.

— Рак кожи часто сочетается с опухолями желудочно-кишечного тракта, а меланома — со злокачественными опухолями яичников и молочной железы.

— Подавляющее большинство ЗНК (92%) составляют базалиомы.

ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

Е. С. СМЕРНОВА: Представленный доклад имеет несомненную научно-практическую значимость. Представляется не совсем корректным включение в группу раковых опухолей базилиом, так как они обладают местно-деструктивным ростом, но практически не метастазируют.

Л. Е. ДЕНИСОВ: Такое классифицирование удобно для выявления патологии врачами неонкологами. Программа построена таким образом, что пропустить имеющуюся патологию практически невозможно.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель): Базалиома — это рак кожи, при котором возможны метастазирование, а также генерализация процесса. Рассмотрение базалиом в группе злокачественных новообразований необходимо для своевременной диагностики возможного прогрессирования опухоли. Достаточно частое сочетание кожных неоплазий с висцеральной локализацией опухолей обосновывает необходимость всестороннего обследования. Кожная локализация онкологической патологии доступна для диагностики и наблюдения. Тем более непозволительно выявлять запущенные формы кожных новообразований. Представленный доклад и разработанная программа позволяют свести к минимуму диагностические ошибки.

ДОКЛАД

В. И. Кныш, Ш. К. Мухаммедаминов, Е. Л. Ожиганов

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

ОНЦ РАМН

Цель исследования — изучение целесообразности повторных операций у больных первичным раком толстой кишки, ранее оперированных в объеме паллиативного или эксплоративного вмешательства. Анализированы результаты повторных операций, выполненных в ОНЦ у 374 больных. Из них у 323 (86,4%) верифицирован рак толстой кишки. Первые операции у большинства (86,9%) больных выполнены в общехирургических (85%) и гинекологических (16,9%) отделениях. В онкологических учреждениях оперировано 45 (13,9%) больных. Первая операция выполнена по экстренным показаниям у 71,8%; в плановом порядке оперированы 28,2% больных. Операции ограничивались формированием колостомы (53,2%), лапаротомией (19,5%), обходным анастомозом (11,8%). Основными причинами от-

каза от радикальной операции становилось осложненное течение заболевания (у 180 из 323 больных — 55,7%) и значительное местное распространение опухоли (у 105 больных — 32,5%). Другой причиной были диагностические ошибки: так, даже после лапаротомии у 114 (30,5%) больных не была диагностирована опухоль.

Сроки повторной госпитализации колебались от 1 мес до 3,5 года; большинство (187—32,5%) поступило в срок до 3 мес. Из 323 больных у 216 (66,9%) опухоль локализовалась в различных отделах ободочной кишки и у 107 (33,1%) в прямой кишке. Больных с I стадией опухоли не было, II стадия выявлена у 2,5% больных, III стадия — у 53,2%, IV стадия — 44,3%. Основными видами повторных операций при раке ободочной кишки явились правосторонняя (33,3%) и левосторонняя (21,8%) гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки (14,4%). При раке прямой кишки основной операцией была брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (33,6%). 34,7% радикальных операций при колоректальном раке были комбинированными: с резекцией участка передней брюшной стенки (31,8%), тонкой кишки (15,9%) и удалением придатков матки (14,6%). Межкишечный анастомоз формировался аппаратом АКА-2 (52,7%) и традиционным ручным способом (35,3%); у 20% больных сохранен прежний (обходной) анастомоз. Из послеоперационных осложнений наиболее часто развивались гнойно-воспалительные (у 31,8%). Осложнения негнойного характера наблюдались у 14,4% пациентов при раке ободочной кишки и 23,4% — при раке прямой кишки. Недостаточность анастомоза развилась у 6% больных. Летальность при раке ободочной кишки составила 8,8%, а при раке прямой кишки — 6,5%. Причины летальных исходов — перитонит у 16 (61,7%), острая сердечно-сосудистая недостаточность — у 5 (19,3%) больных. Местные рецидивы возникли у 42 (16,7%) из 251 выписанного больного, отдаленные метастазы выявлены у 72 (31,2%). Большинство из них (90,4%) диагностировано в первые 2 года после повторной операции. Пятилетняя выживаемость после радикальных операций составила 52,3%; после паллиативных вмешательств ни один больной не пережил 5-летний срок.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— Перед повторной операцией химио- и лучевая терапия не проводилась. Дополнительное противоопухолевое лечение после операции применялось у небольшого числа больных.

— При решении вопроса о повторной операции не следует слепо доверять медицинской документации. Необходимо обязательное обследование больных в онкологических учреждениях.

ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

Е. С. СМЕРНОВА: Неверная диагностика, особенно после эксплоративной лапаротомии, не оставляет иного пути, кроме симптоматического лечения. Необходимо мужество, чтобы усомниться в документированных данных и предложить свое, новаторское решение. Поздравляя авторов, предлагаю им провести обследо-

вание (через 3 мес) больных, оперированных в ОНЦ в объеме паллиативной операции. Прекращение пассажа через пораженный участок кишки снимает явления вторичного воспаления и может способствовать повышению резектабельности. Также считаю целесообразным применять предоперационное лучевое лечение у этой группы больных.

С. Б. ПЕТЕРСОН: Проблема оправданности повторных операций очевидна для онкологов не только на модели колоректального рака — мы привыкли оценивать не только ближайшие, но и отдаленные результаты нашего труда. Считаю целесообразным вынести этот доклад для обсуждения на заседании научного хирургического общества г. Москвы.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель): Доклад еще раз напоминает, что квалификация хирурга во многом определяет тактику лечения, а также и судьбу больного. Необходимо согласиться с положением о целесообразности обследования в онкологических стационарах больных раком толстой кишки после нерадикальных операций, выполненных в иных медицинских учреждениях, для оценки возможности повторной операции. Авторы не только поставили эту проблему, но и предложили ее решение, получив хорошие результаты.

ПРОТОКОЛ 396-ГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (25 февраля 1993 г.)

Председатель — проф. А. И. Пирогов

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

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Н. П. Забазный, И. А. Грошев

СЛУЧАЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА

Московская городская больница № 62

У больного 54 лет в июне 1992 г. установлен диагноз механической желтухи. Оперирован 22.07.92 в районной больнице. Выявлена непроходимость дуоденального соска. Выполнены холецистэктомия, наружное дренирование общего желчного протока. При обследовании в специализированном неонкологическом учреждении выявлена опухоль большого дуоденального соска, прораставшая головку поджелудочной железы. Повторно опе-

рирован 16.09.92 (в МОНИКИ). Операция ограничена холедоходуоденостомией с дополнительным наружным дренированием желчевыводящих путей. Выписан с наружным желчным свищом; признан инвалидом I группы.

При обследовании в больнице № 62 подтвержден диагноз опухоли большого дуоденального соска (3х3х2 см), связанной с головкой поджелудочной железы; выявлена рубцовая непроходимость холедоходуодено-анастомоза. Оперирован 7.12.92 в объеме панкреатодуоденальной резекции. Реконструктивный этап выполнен по нашей методике. Это позволило разобщить билиодигестивный и панкреатодигестивный анастомозы, исключить активацию пищеварительных ферментов в наиболее уязвимой (для осложнений) зоне панкреатоэнтероанастомоза. Гистологическое исследование препарата: высокодифференцированная аденокарцинома без метастазов. Больной выписан 24.12.92.

Демонстрация подтверждает возможность радикальной операции после паллиативных вмешательств; показывает целесообразность специализированных стационаров для больных опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— Реконструктивный вариант опубликован в журнале «Вестник хирургии», (1982, 12, 98—100). В основе операции — принципы, разработанные И. М. Топчибаевым (1963) в экспериментах на животных.

— Операция продолжалась 5 ч.

ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

Проф. Ю. И. ПАТЮТКО: Обращает на себя внимание отрицательный опыт демонстрации — в районной больнице следовало бы выполнить холецистэнтероанастомоз и после устранения желтухи направить больного в специализированное учреждение. Выполненная в МОНИКИ холедоходуоденостомия — неоперативная операция для столь квалифицированного учреждения. В последующем все сделано правильно. Имеется около 100 модификаций панкреатодуоденальной резекции. Это позволяет хирургу выбрать методику «по своему вкусу». Опыт ОНЦ насчитывает около 120 различных операций, выполненных по поводу рака панкреатодуоденальной зоны.



**Нефтяной концерн
ЛУКОЙЛ**

В. А. Горбунова, Е. М. Роцин, Г. А. Кучинский,
Г. Н. Егоров, Б. И. Долгушин, Э. Р. Вирике

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ИНФУЗИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

ОНЦ РАМН

Обоснованием внутриартериальных инфузий при опухолях печени является достижение высоких концентраций препаратов в очагах поражения сравнительно с их концентрацией в крови. Введение аналогов фторурацила и двух препаратов в печеночную артерию повышает их экспозицию в 10—400 раз, увеличивает эффективность до 35—73% по сравнению с системным применением.

Длительная внутриартериальная моно- и полихимиотерапия (адриамицин, фторурацил, митоксантрон, цисплатин) проводилась отечественными аппаратами — дозаторами лекарственных веществ (ДЛВ-1) после катетеризации печеночной артерии (чревного ствола). Описание метода см.: Шатихин В. А. Длительные внутриартериальные и внутривенные инфузии противоопухолевых препаратов... Дис. канд., М. 1989.

Внутриартериальные печеночные инфузии сочетались с эмболизацией сосудов. При химиоэмболизации эмболизирующая смесь — 10 мг цитостатика, суспензированного в 4,0—4,5 мл йодолипола (майодила), с добавлением липиодола, агента, тропного к ткани опухоли, проводилась в условиях селективной катетеризации ветвей печеночной артерии, под рентген-контролем.

При первичных опухолях печени проведено лечение 31 больного в возрасте от 27 до 67 лет. Преобладал гепатоцеллюлярный рак (24); отмечены также холангиоцеллюлярный рак (2), гепатобластома, гемангиоэндотелиома, карциноид и недифференцированный рак печени. Опухоли правой доли печени выявлены у 12, левой — у 7 человек; тотально-субтотальное поражение печени диагностировано у каждого третьего больного. У 3 больных имелись метастазы в других органах и тканях. Всего проведено 42 курса лечения. Регрессия наблюдалась в 13%, стабилизация — в 52% случаев; эффекта не отмечено у 35% больных. Регрессия чаще наблюдалась при лечении по схеме ФАП (фторурацил + адриамицин + цисплатин).

При метастазах в печень опухолей желудочно-кишечного тракта лечение проведено 47 больным. Первичный очаг располагался в желудке (6), поджелудочной железе (4), в толстой и прямой кишке (37). Проведено 90 курсов регионарной химиотерапии и 10 химиоэмболизаций. Регрессия отмечена в 15%, стабилизация — в 47% случаев.

При метастазах рака молочной железы лечение проведено 31 больной. В 93,8% случаев диагностировано тотально-субтотальное поражение; в 48,3% имелись метастазы в других органах и тканях (чаще в костях). Проведено 75 курсов регионарной химиотерапии и 6 химио-

эмболизаций. Полная и частичная регрессия достигнута в 35,4% случаев. Продолжительность жизни составила свыше 48 мес. Наибольшая длительность эффекта превышает 2 года.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— При определении показаний к внутривенной химиотерапии возраст больных учитывался как косвенный показатель выраженности атеросклероза аорты и крупных артерий.

— Метастазы в печень при раке молочной железы выявлялись как проявления множественных, сочетанных метастазов. Больным проводилась системная химиотерапия только после окончания и оценки эффекта регионарной химиотерапии.

— При эффекте внутриартериальной химиотерапии обсуждалась возможность хирургического лечения. Выполнены резекция печени, а также (за рубежом) пересадка печени.

— Наибольшая выживаемость составила: 18 мес при первичном раке печени; 53 мес при метастазах рака молочной железы, 22 мес при метастазах рака прямой и толстой кишки.

— При имевшейся распространенности рака молочной железы иное лечение, кроме внутриартериальной химиотерапии, по имеющимся данным, неэффективно. Эффект, полученный в результате внутриартериальной химиотерапии, не мог быть достигнут иными лечебными методами.

— В процессе внутриартериальной химиотерапии наблюдалась также регрессия других метастазов (в легких).

— Катетеризация печеночной артерии выполнялась у большинства больных 2—3 раза. В ряде случаев — 5—7 раз; у 1 больного — 9 раз. Катетер находился в артерии 72—110 ч.

ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

В. И. БОРИСОВ: Предложен новый, интересный способ лечения группы тяжелобольных. Однако эффект системной химиотерапии при метастазах рака молочной железы в печень может быть аналогичен. В перспективе может быть оправдано сочетание системной и внутриартериальной химиотерапии.

Проф. Ю. И. ПАТЮТКО: Следует расширить показания к хирургическим вмешательствам при эффекте внутриартериальной химиотерапии. Если при контрольном обследовании, по данным ангиографии и компьютерной томографии, остается возможность гемигепатэктомии, то эта операция может быть более эффективной чем возможная пересадка печени. Подлежит изучению частота циррозов печени в процессе внутриартериальной химиотерапии. Очевидно повреждение печеночной ткани химиопрепаратами, что повышает риск осложнений комбинированного хирургического лечения.

В. А. ГОРБУНОВА: Изучение качества жизни при внутриартериальной химиотерапии метастазов в печени — дальнейшее направление наших исследований.

Именно качество жизни, лучшее при внутриартериальном введении препаратов сравнительно с условиями жизни при системной химиотерапии, является существенным аргументом в пользу разрабатываемого метода.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель): В докладе представлен пионерский метод, открывающий новые возможности лечения. Возможна параллель с сообщением проф. Ю. И. Патютко с соавт. (см. протокол № 322 от 24.09.92) о хирургическом лечении опухолей печени. Очевидно, новые разработки могут помочь больным. Перспективно сочетание системной и внутриартериальной химиотерапии, проведение хирургического, комбинированного лечения.

ДОКЛАД

Н. П. Забазный, И. Ф. Чумаков, А. С. Бурлаков

ПЕРВИЧНАЯ ПЛАСТИКА ДЕФЕКТА ГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА СЕГМЕНТОМ ТОЩЕЙ КИШКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ

Московская городская больница № 62

Развитие сосудистой хирургии позволяет внедрить к клиническую практику разработки, имеющие уже 30-летнюю историю [Филин В. И., 1961; Biel M. A., Maisel R. H., 1987; McCaffrey T. V., Fisher G., 1987; Ferguson G. L., De Santo L. W., 1988; Albegger K. et al., 1988; Meger H. G. et al., 1988; и др.].

В больнице № 62 в 1992 г. оперированы 5 больных по поводу плоскоклеточного рака гортаноглотки (стадия T4N1M0) и 1 больной рецидивной опухолью гортаноглотки с декомпенсированным стенозом. Выполнялись ларингофарингэктомии с циркулярной резекцией глотки и шейного отдела пищевода, операцией Крайла на стороне поражения, одномоментным замещением дефекта глотки и пищевода сегментом тощей кишки. При операции сохраняли внутреннюю яремную вену или оставляли ее длинную культю для венозного анастомоза. В случае удаления вены из-за массивного метастатического поражения сосудистые анастомозы формировались с сосудами противоположной стороны шеи. После удаления опухоли операция продолжалась двумя бригадами хирургов. Одна из них подготавливала сосуды шеи к анастомозированию, другая резецировала фрагмент тощей кишки. Резецированную кишку длиной 15—20 см анастомозировали с глоткой и пищеводом. Анастомозы формировали «конец — конец» или «конец — бок» узловыми швами в два раза.

Предварительно анастомозировали сосуды фрагмента кишки с наружной сонной артерией и внутренней яремной веной (или их ветвями). Операция заканчивалась формированием трахеостомы. Продолжительность вмешательства составляла 7—9 ч. С 3-го дня проводилось зондовое кормление. Зонд удаляли на 9—20-й день.

Послеоперационный период прошел без осложнений у 2 больных, не получавших лучевой терапии.

У остальных отмечены: глоточные свищи (3), пищеводный свищ и эрозийное кровотечение. Двое умерли, на 10-й и 22-й день. Причины летального исхода — инсульт и гнойные осложнения (на аутопсии в 1 случае обнаружены метастазы в средостении; ретроспективно показания к операции у умерших признаны завышенными). Глоточные свищи у 2 больных зажили через 1—3 мес. Двум больным проведена послеоперационная лучевая терапия. Сроки наблюдения составляют 3—7 мес.

Опыт первых операций позволяет дать заключение об их оправданности, целесообразности в практике специализированных онкологических стационаров.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— Возраст больных составлял 40—60 лет. Сопутствующие заболевания — ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, различные проявления атеросклероза.

— Контроль за состоянием трансплантата проводился визуально (оценка перистальтики перемещенной на шею кишки) и по данным эндоскопии.

— Формировался артериальный и 1—2 венозных микрососудистых анастомоза.

ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

И. В. РЕШЕТОВ: В группе микрохирургии МНИОИ им. П. А. Герцена считают, что терминологически более точно назвать доклад не «Первичная пластика...», а «Одномоментная реконструкция...». Считаем также, что показания к обсуждаемым операциям весьма ограничены в связи с успехами консервативных методов лечения. Кроме того, операция в объеме резекции шейного отдела пищевода может быть нерадикальна, так как не предполагает удаление лимфоузлов средостения (метастазов).

П. Г. БИТЮЦКИЙ: Следует уточнять показания к обсуждаемым операциям. Представляет интерес изучение микрофлоры в перемещенном фрагменте кишки.

Н. П. ЗАБАЗНЫЙ: В нашем докладе признано, что показания к обсуждаемым операциям были завышены у 2 больных, однако нельзя не признать, что иное лечение этих больных было бы неэффективно. Рассчитывать на многоэтапные операции при IV стадии заболевания также не приходится; именно поэтому мы представили наш первый опыт — шесть «одномоментных реконструкций» глотки и шейного отдела пищевода — для обсуждения. Позвольте в этой связи выразить благодарность за ценные замечания и рекомендации.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель): Несомненные успехи микрососудистой хирургии в больнице № 62. Накопление опыта позволит со временем уточнить показания к обсуждаемым операциям.

ПРОТОКОЛ 397-ГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (25 марта 1993 г.)

Председатель — проф. А. И. Пирогов
Секретарь — канд. мед. наук. С. М. Волков

ДЕМОНСТРАЦИЯ

В. В. Герасев, А. С. Альберт, С. С. Юдина

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Московская городская больница № 62

У больной, 18 лет, в 1980 г. амбулаторно удалена опухоль кожи правого плеча 1,0 см в диаметре. Гистологическое исследование: беспигментная меланома с умеренной лимфоидноклеточной инфильтрацией; уровень инвазии — третий. Стадия IA (pT2N0M0). Через месяц в больнице № 62 выполнено широкое иссечение послеоперационного рубца. Гистологическое исследование: умеренный фиброз дермы. В последующем (до 1991 г.) проявлений заболевания не обнаружено. Пациентка имела четыре беременности и двое родов в 1985 и 1987 гг.

Через 11 лет после удаления первичного очага (1991) выполнена лимфаденэктомия подмышечной области справа по поводу метастазов. Проведена химиотерапия: алкеран + детисен (40 и 2000 мг) на фоне 30 мг преднизолона в день. От дальнейшего лечения отказалась. В феврале 1992 г. выявлены метастазы в лимфоузлы левой подмышечной области. Проведена химиотерапия: алкеран + винбластин + гидреа, (45; 20; 8000 мг) + преднизолон 30 мг/день; дистанционная гамма-терапия на подмышечную область с динамическим фракционированием разовой дозы (СОД 52 Гр). Отмечена местная 50% регрессия метастазов, но выявлены множественные метастазы в легкие. Продолжена химиотерапия: алкеран + блеомицин + гидреа + доксорубицин (40; 75; 8000; 60 мг) + преднизолон 30 мг/день. В июле отмечена полная регрессия метастазов. Проведен аналогичный курс химиотерапии. В феврале 1993 г. подтверждена полная ремиссия, больная вернулась к привычному образу жизни.

Особенностями случая являются благоприятное клиническое течение ремиссии на фоне беременностей и родов; эффективность примененной методики лечения.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— Проведение химиотерапии обуславливалось наличием препаратов и эффективностью их применения.

— В больнице № 62 накоплен опыт 10 случаев успешного лечения по аналогичной схеме; ее эффективность будет оценена после статистической обработки данных.

— Гидреа применяется в различных схемах лечения. Складывается впечатление об эффективности этого препарата.

ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

Л. В. ДЕМИДОВ: Опыт ОНЦ насчитывает более 100 наблюдений меланомы у беременных. Из них в 76% случаев диагностирована I стадия заболевания. Наблюдения охватывают примерно равные группы пациенток, у которых беременность была сохранена или прервана. Прерывание беременности не обязательно способствовало благоприятному клиническому течению болезни и в некоторых случаях сочеталось с последующим прогрессированием процесса.

Беременность не влияла на клиническое течение заболевания при глубине опухолевой инвазии порядка 2 мм, но прогрессирование чаще наступало при большей глубине инвазии. В этой связи глубину инвазии 2,0 мм следует рассматривать как пороговый показатель и при его превышении рекомендовать прерывание беременности.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель): В представленном наблюдении беременность не повлияла на клиническое течение болезни; судьбу больной определил ее иммунологический статус и выбор химиолучевого лечения.

ДОКЛАД

С. А. Тюлядин, А. В. Хлебнов, М. Р. Личиницер,
А. М. Гарин

ЛЕЧЕНИЕ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У МУЖЧИН

ОНЦ РАМН

В докладе отражен опыт, накопленный ОНЦ при лечении различных гистологических форм герминогенных опухолей, выявленных на разных стадиях заболевания.

Комбинированная химиотерапия с производными платины (схемы ВЕР) эффективна при всех стадиях заболевания, обуславливая 5-летнюю выживаемость до 98% (минимальная до 27%) при значительной распространенности процесса. Частота полных регрессий возросла с 30 до 80%. От 60 до 75% больных полностью излечиваются, у 10% возникает рецидив. В диагностике заболевания и выявлении прогрессирования процесса значительную ценность имеют опухолевые маркеры: альфа-фетопротеин (АФП), хорионический гонадотропин (ХГ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ).

Хирургическое вмешательство в объеме удаления остаточных после химиотерапии метастатических опухолей (циторедуктивная хирургия) уточняет последующее лечение: выявление в удаленном препарате остаточной опухоли обосновывает продолжение химиотерапии, отсутствие опухолевой ткани позволяет проводить наблюдение.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— Забрюшинная лимфаденэктомия показана после интенсивной химиотерапии. Выявление остаточной опухоли в удаленном препарате обуславливает продолжение химиотерапии. Это позволяет достичь ремиссии дополнительно у 14% больных.

— Об интенсивной химиотерапии с пересадкой аутологичного костного мозга при выявлении резистентности к химиопрепаратам можно дать заключение по данным литературы: назначение высоких доз на фоне трансфузий костного мозга повышает токсичность, но не позволяет достоверно улучшить эффективность лечения.

— Эффективность иммунотерапии в плане комбинированного лечения герминогенных опухолей изучается.

— Наблюдение за 500 больными герминогенными опухолями после массивной химиотерапии позволило выявить у 4—5% вторую (не метастатическую) опухоль яичка. В литературе имеются данные о наблюдениях острого миелоидного лейкоза (как проявления первичной множественности опухолей) через 5—6 лет после окончания лечения этопозидом.

— Среди осложнений химиотерапии по схеме ВЕР отмечены: нейтропения, менее 1000, (45%); стоматиты (18%); септические состояния (у 10%). Из 131 пациента, леченного интенсивной химиотерапией, 2 умерли от осложнений; причины летальных исходов — пневмония и перитонит вследствие некроза забрюшинной опухоли с перфорацией двенадцатиперстной кишки.

ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

Проф. В. И. БОРИСОВ: Химиотерапия ранее позволяла демонстрировать единичных излеченных больных. Применение препаратов платины обеспечивает 80% полных регрессий. Следует расширять показания к забрюшинной лимфаденэктомии — важному этапу комплексного лечения. Термин «живая опухоль», означающий выявление остаточной опухолевой ткани в удаленном препарате, подчеркивает целесообразность операций в плане циторедуктивной хирургии. В интенсивной химиотерапии еще не определено место иммуномодуляторов; они могут повысить эффективность лечения.

Проф. А. М. ГАРИН: Успехи химиотерапии у больных герминогенными опухолями означают, что теоретически возможно успешное лекарственное лечение других злокачественных новообразований (при наличии эффективных препаратов).

При установлении диагноза герминогенной опухоли яичка недостаточно ограничивать лечение орхифунгулоэктомией. Следует определять опухолевые маркеры, проводить наблюдение. После нескольких курсов интенсивной химиотерапии при сохранении остаточной опухоли выполняют циторедуктивные операции. В случае обнаружения остаточной опухоли (в удаленном препарате) химиотерапия должна быть продолжена. Следует совершенствовать технику лимфаденэктомии; повреждение нервов может привести к расстройству эякуляции.

В. А. ГОРБУНОВА: Проведено исследование на уровне лучших мировых разработок. Улучшение ре-

зультатов лечения достигнуто за счет интенсификации режимов химиотерапии, применения препаратов платины, выполнения циторедуктивных операций.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) в заключительном слове подчеркнул успехи, достигнутые авторским коллективом из ОНЦ РАМН.

Протоколы №№ 398—404 в журнале «Вестник ОНЦ РАМН» № 1 за 1995 год.

ПРОТОКОЛ 405-го ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (24 февраля 1994 г.)

Председатель — проф. А. И. ПИРОГОВ

*Секретари — к.м.н. С. М. Волков, С. Б. Петерсон,
С. С. Герасимов*

ВИДЕОФИЛЬМ, ДЕМОНСТРАЦИЯ, ДОКЛАД

*В. И. Чиссов, И. В. Решетов, С. А. Кравцов,
О. В. Маторин*

ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫЕ ТКАНЕВЫЕ ЛОСКУТЫ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

МНИОИ им. П. А. Герцена

Обобщен опыт 150 реконструктивно-пластических операций, в том числе с использованием микрохирургической техники, для реабилитации больных, перенесших радикальные операции по поводу злокачественных опухолей скальпа, мягких тканей и костей лица, гортаноглотки, пищевода, молочной железы, мягких тканей конечностей. Применялись кожно-фасциальные, мышечные, кожно-мышечные, кожно-мышечно-костные лоскуты, а также сегмент тонкой кишки, свободный желудочно-сальниковый трансплантат. Частота сосудистых осложнений с последующим некрозом трансплантатов составила 2,5%.

В видеофильме «Новые подходы в реабилитации онкологических больных» показан ряд оригинальных методов реконструктивных операций: отсроченная пластика обширного дефекта гортаноглотки и шейного отдела пищевода путем аутоотрансплантации желудочно-сальникового лоскута; замещение дефекта нижней челюсти свободным кожно-мышечно-костным лоскутом с использованием фрагмента ребра; реконструкция стопы свободным кожно-мышечно-костным лоскутом.

В видеофильме, а также при демонстрации представлены отдаленные косметические и функциональные результаты в отдаленные сроки после хирургического лечения.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— Частота «сосудистых» осложнений, т. е. осложнений, которые привели к некрозу трансплантата при формировании васкуляризованных тканевых лоску-

тов, минимальна; она составляет 2,5%. Проходимость сосудов контролировалась Допплер-эффектом.

— Восстановительная операция выполняется одновременно при необходимости пластики тканей, укрывающих вещество мозга, средостение, магистральные сосуды. Операция может быть отсрочена на 1—3 мес. Следует стремиться к одномоментным хирургическим вмешательствам.

— Для пластики верхней трети пищевода у 7 больных использован сегмент тонкой кишки, у 7 — желудочный стебель. Сосудистые анастомозы, сформированные с помощью микрохирургической техники, функционировали удовлетворительно. Пищеводные свищи (в нескольких случаях) зажили в результате консервативного лечения. Больные питаются естественным путем. Для сравнительного анализа вариантов эзофагопластики продолжается накопление наблюдений.

— Применяемый для пластики нижней челюсти трансплантат тканей грудной стенки с участком ребра имеет несомненные преимущества сравнительно с пересадкой лиофилизированных трансплантатов. Васкуляризированный трансплантат обладает значительно большими возможностями приживления, устойчив к инфекции.

А. А. УВАРОВ (ведущий науч. сотр. отд. опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей ОНЦ РАМН): Правомочность первичной пластики была отмечена в нашей работе «О необходимости применения одномоментных восстановительных операций после удаления злокачественных опухолей головы и шеи». (журнал «Вопр. онкол.», 1988, № 8, с. 918—925). Первичная пластика не сопряжена с большей (чем отсроченная пластика) частотой осложнений, не «маскирует» рецидива в случае его возникновения. Первичная пластика с применением тканевых лоскутов на микрососудистых анастомозах значительно расширяет возможности восстановительной хирургии. Тем не менее, применительно к операциям на голове и шее, следует ограничить применение трансплантатов на микрососудистых анастомозах только для пластики дефектов мозгового черепа, обнажающих вещество мозга. Для пластики дефектов лица предпочтительны традиционные методы, прежде всего применение лоскутов большой грудной мышцы. Это не удлиняет операцию и показано прежде всего тяжелобольным, ослабленным пациентам.

В. В. ШЕНТАЛЬ (зав. отд. опухолей головы и шеи ОНЦ РАМН): Операции с применением тканевых трансплантатов на микрососудистых анастомозах в нашей практике остаются все еще редкими (уникальными) вмешательствами, которые выполняются по индивидуальным показаниям. Учитывая данные о 3—4-летней выживаемости, показания к указанным операциям у онкологических больных не имеют преимуществ сравнительно с пластикой лоскутами большой грудной мышцы. Она не травматична, функционально гарантирована, позволяет замещать обширные дефекты.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ (директор НИИ КО ОНЦ РАМН): Поддерживаю важное, интересное, «красивое» сообщение хирургов МНИОИ им. П. А. Герцена. Сегодня преимущества и показания этих операций только определяются. Сообщение подчеркивает важность реабилитации онкологических больных. Это шаг вперед по сравнению с «ампутационными» подходами к решению проблемы лечения больных злокачественными новооб-

разованиями. Если бы хирурги не ставили перед собой сверхтрудных задач, то в их арсенале не было бы ничего, кроме формирования стомы. Конечно, проблему пластики предпочтительно решать простыми способами, но при этом необходимо и накопление опыта «на перспективу».

Представленный видеофильм — это фильм «обо всем» в проблеме создания трансплантатов с применением микрохирургии. Между тем, уже настало время для создания специализированных видеофильмов, например на тему «Васкуляризированные трансплантаты для пластики гортаноглотки и шейного отдела пищевода». Однако в таком фильме должно найти отражение и обеспечение адекватной лимфодиссекции по поводу рака, и сравнение с эзофагопластикой, не предусматривающей применение микрососудистой техники.

В ОНЦ имеется опыт эзофагопластики с применением микрососудистой техники. Специалистам будет полезно сопоставить полученные результаты, чтобы вовремя внести коррективы в свою работу.

А. Н. МАХСОН (главврач Онкологической больницы № 62): Для специалистов практического учреждения сообщение, безусловно, интересное. В применении микрососудистой техники мы ищем пути расширения operability; удаление опухоли во многих случаях обуславливается возможностью последующей реконструкции. В этой связи в многопрофильных онкологических учреждениях необходимо создавать отделения микрососудистой хирургии. Квалифицированные хирурги-онкологи могут освоить методику формирования (микро)сосудистого анастомоза и применять эти навыки для решения задач в своей области. Есть прямые показания к использованию трансплантатов на микрососудистых анастомозах. Они имеются при реконструктивных операциях на органах опорно-двигательного аппарата, головы и шеи, а также при пластике молочной железы.

Сообщение было иллюстрировано серией слайдов. Наиболее аргументировано применение трансплантатов на микрососудистых анастомозах при кранио-фасциальных операциях, для (одномоментного) закрытия дефектов мозгового черепа.

В заключительном слове докладчик — д.м.н. И. В. РЕШЕТОВ — выразил благодарность за плодотворную дискуссию, а председатель проф. А. И. ПИРОГОВ оценил сделанные сообщения как триумф пластической и микрососудистой хирургии.

ДОКЛАД

А. Х. Трахтенберг, А. Г. Андриевский

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БРОНХОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

МНИОИ им. П. А. Герцена

В МНИОИ им. П. А. Герцена за 70—80-е годы выполнено свыше 3000 операций по поводу рака легкого. За это время в структуре радикальных операций возросла частота лобэктомий (3,1—64,9%). Из 478 операций с пластикой бронхов и трахеи 240 составляют лобэктомии с клиновидной и 167 с циркулярной резекцией

главного бронха, 71 — пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи. Частота этих вмешательств в 90-х годах составляет 22%; т. е., у каждого четвертого больного сохранение функционирующей легочной паренхимы может быть достигнуто резекцией и пластикой бронхов. Клиновидная резекция главного бронха выполняется одинаково часто при различных клинко-анатомических формах опухоли, а циркулярная — преимущественно при центральном раке верхних долей. Наибольший органосохраняющий эффект достигается при средней лобэктомии с резекцией промежуточного бронха по поводу центрального рака.

Показанием к органосохраняющим, бронхопластическим операциям является техническая возможность их выполнения, в том числе при переходе опухолевой инфильтрации на устье долевого бронха или/и на соседний бронх. Методика формирования межбронхиального анастомоза предполагает вначале сопоставление мембранозных стенок, а затем адаптацию хрящевых колец. Вероятность осложнений после лобэктомии с резекцией и пластикой бронхов меньше, чем после пневмонэктомии. В структуре осложнений преобладают ателектазы и пневмония, устраняемые при лечебных бронхоскопиях. Частота недостаточности швов межбронхиального анастомоза за 70—80-е годы снизилась с 9,4 до 4,7%.

У 18% больных, перенесших циркулярные резекции бронхов, развиваются стенозы (грануляционный, рубцовый, смешанный). Их частота составляет $12,0 \pm 1,8\%$; $4,8 \pm 1,2\%$; $1,7 \pm 0,7\%$. Основным фактором, обуславливающим грануляционный стеноз, является неудовлетворительное качество (вынужденно) применяемого шовного материала. Грануляционный стеноз развивается преимущественно в первые 6 мес после операции, а рубцовый в более поздние сроки. Эндоскопическая (лазерная) хирургия является действенной и эффективной мерой лечения.

Многолетний опыт и отдаленные результаты лобэктомии с резекцией бронхов подтверждают их онкологическую радикальность и лучшие функциональные результаты. Исследования легочного кровообращения выявляют удовлетворительные показатели перфузии в сохраненных долях. После пневмонэктомии сохранили трудоспособность 7%, а лобэктомией — 21% оперированных. При этом вернулись к привычному образу жизни 52% работников умственного и 32% — физического труда.

Пятилетняя выживаемость после бронхопластических лобэктомий по поводу рака легкого I—II—III стадий составляет 88,9; 74,2; 43,6% соответственно. Лучшие результаты получены при плоскоклеточном раке. Комбинированное лечение привело к достоверному повышению показателей выживаемости при III стадии и метастазах во внутригрудных лимфатических узлах.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

— При бронхопластических операциях часто выполняют краевые резекции легочной артерии; циркулярная резекция выполнена у 2 больных.

— Выполнение лобэктомий с циркулярной резекцией бронха оправдано при наличии для этого технической возможности.

— Бронхопластические операции при мелкоклеточном раке оправданы в плане комбинированного лечения.

— Лучевая терапия не ухудшает непосредственные результаты операций.

ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

Проф. М. И. ДАВЫДОВ (директор НИИ КО ОНЦ РАМН): При выполнении бронхопластических операций, несмотря на накопленный опыт, остается много нерешенных вопросов. Например, у больного молодого возраста при возможности функциональной адаптации к пневмонэктомии выполняется лобэктомия с циркулярной резекцией главного бронха, медиастинальной лимфаденэктомией. При этом, к сожалению, остается угроза рецидива, источником которого может стать микрометастаз в бронхопульмональном лимфоузле оставшейся части легкого. Поэтому, учитывая перспективу, у данного больного может быть оправдана пневмонэктомия. Напротив, при лечении пожилого больного с учетом значительной вероятности осложнений в случае потери легочной паренхимы следует предпочесть лобэктомию с резекцией главного бронха.

Применение адекватного шовного материала (absorbable suture material of caliber 4/0—5/0) на атравматических иглах вызывает минимальную воспалительную реакцию в сопоставляемых тканях, способствует снижению частоты последующих воспалительных процессов и рубцовых стенозов.

Противоречивое отношение сложилось к лобэктомиям с клиновидной резекцией главного бронха. Небольшая резекция рассматривается как вариант стандартной, «бескультевой» лобэктомии, а в случае необходимости клиновидной резекции бронха на значительном протяжении предпочтительна циркулярная резекция.

В заключительном слове проф. А. Х. ТРАХТЕНБЕРГ отметил общность подходов МНИОИ и ОНЦ РАМН к проблеме бронхопластических операций, а также подчеркнул важность сохранения непораженной легочной паренхимы, однако при соблюдении принципов онкологического радикализма.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) отметил глубину и аргументированность доклада, подчеркнув, что становление бронхопластических операций, как и неуклонное расширение показаний к ним, проходило с участием присутствовавших на заседании хирургов. Показания к бронхопластическим операциям при раке легкого имеются не у каждого второго больного (данные проф. В. П. Харченко, увлеченного этой проблемой), а, как указал докладчик, у каждого четвертого-пятого больного. Вместе с тем, доля бронхопластических операций в статистике легочной хирургии онкологических учреждений не превышает 5—8%, и этот показатель нуждается в увеличении. Бронхопластические операции оправданы во всех случаях, когда выполняются не в ущерб радикальности вмешательства.