

ХРОНИКА

ПРОТОКОЛ № 401 ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (26 октября 1993 г.)

Председатели — акад. РАМН А. В. Смольников,
проф. А. И. Пирогов
Секретари — канд. мед. наук С. Б. Петерсон,
С. М. Волков

СОВМЕСТНОЕ ЗАСЕДАНИЕ С ОБЩЕСТВОМ ПАТОЛОГОАНАТОМОВ, ПОСВЯЩЕННОЕ ПАМЯТИ АКАД. Н. А. КРАЕВСКОГО

ПОВЕСТКА ДНЯ
ДОКЛАДЫ

А. В. Смирнов. Злокачественные фиброгистиоцитомы. Гистогенез, морфологическая и гистологическая диагностика (ОНЦ РАМН)

В. Н. Богатырев. Значение проточной цитометрии и морфометрии для диагностики и прогноза злокачественных новообразований (ОНЦ РАМН)

Доклады опубликованы в журнале «Архив патологии» (1993).

ПРОТОКОЛ № 402 ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (25 ноября 1993 г.)

Председатель — проф. А. И. Пирогов
Секретари — канд. мед. наук С. М. Волков,
С. С. Герасимов, С. Б. Петерсон

ПОВЕСТКА ДНЯ

ДОКЛАД

П. Г. Брюсов, И. В. Селюжский,
А. И. Синопальников, В. Н. Булдин

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ

Главный военный клинический госпиталь
им. Н. Н. Бурденко (ГВКГ)

В 1989—1992 гг. в ГВКГ лечились 13 больных со злокачественной мезотелиомой плевры: 11 мужчин и 2 женщины (средний возраст больных $47,6 \pm 3,7$ года).

Клиническое течение заболевания у 8 проявилось гидротораксом; у остальных выпота в плевре не определялось. Морфологический диагноз установлен при пункционной биопсии (5 больных), торакоскопии (4), торакотомии (3), аутопсии (1). Средний срок от обращения до установления диагноза составил 4,8 мес.

Оперированы 6 больных: в объеме парietальной плеврэктомии (1), лобэктомии (1), пневмонэктомии (1), комбинированной плевропневмонэктомии (3). Parietalная плеврэктомия и лобэктомия выполнены по поводу узловой мезотелиомы, пневмонэктомия — при поражении висцеральной плевры. Комбинированные операции выполнялись при местно-распространенных опухолях; были резецированы диафрагма (3) и перикард (2). У 2 больных выявлены метастазы в лимфоузлах.

Следует отметить сложности хирургического лечения при мезотелиоме плевры — это технические трудности операции. Например: 1) разрыв аорты при ее отделении от опухоли; устранение дефекта потребовало выключения аорты из кровотока на 7—8 мин; 2) пересечение подключичной артерии, неразличимой в опухолевом конгломерате; кровотечение было остановлено, кровоток в руке осуществлялся по коллатералям; 3) расширение оперативного доступа требовало пересечения четырех — пяти ребер; для восстановления (карсаса) грудной стенки применялась быстро твердеющая пластмасса «Протокрил».

К сложностям хирургического лечения относятся также частые рецидивы, в том числе имплантационные, в зоне операционного рубца и местах введения дренажей; опасность бурного прогрессирования после хирургического вмешательства. Важным компонентом операции является применение плазменного скальпеля, повышающего абластичность хирургического вмешательства.

Продолжительность жизни оперированных составила 1 год — у 2; 2 года — у 3; 3 года — у 1 больного.

Операцию следует рассматривать как основной этап лечения с последующим проведением химиолучевой терапии. В плане комбинированного лечения больным данной группы проводилась лучевая терапия СОД 40 Гр на отдельные очаги опухолевого роста. Химиотерапия проводилась по схемам АС, САУ в стандартных режимах. Накоплен определенный опыт, позволяющий улучшить достигнутые результаты.

В 7 случаях распространенность процесса и тяжесть состояния обуславливали проведение лишь симптоматического лечения. Попытки химиотерапии (ТиоТЭФ внутривенно, САУ системно), а также лучевая терапия в связи с компрессией верхней

полой вены существенного эффекта не дали. Средняя продолжительность жизни в группе леченых симптоматически составила $12,7 \pm 3,5$ мес.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Сложно подтвердить радикальность операции при мезотелиоме. Очевидно, что операция способствует продлению жизни, а химиолучевые воздействия улучшают результаты хирургического лечения.

Частота мезотелиом плевры составляет около 0,1% в статистике злокачественных новообразований. Лечение не разработано. Следует ускорить поиск эффективных методов лечения при мезотелиоме, поскольку клиническое течение заболевания позволяет больным длительное время находиться под наблюдением; почти весь этот срок (такова практическая реальность) они не получают действенной медицинской помощи.

ПРЕНИЯ

З. Н. АЙТАКОВ. В Москве ежегодно выявляют 3800—3900 больных раком легкого, которых сразу же направляют в специализированные учреждения, а также 6—8 больных мезотелиомой, но этим людям трудно получить квалифицированную медицинскую помощь. В этой связи очевидны успехи ГВКГ: полученные результаты лучше, чем представленные в литературе. Нам понятны сложности хирургического лечения больных мезотелиомой. Так же как авторы, мы наблюдали разрыв грудного отдела аорты во время операции и можем оценить действия хирургов, которым удалось справиться с этим осложнением.

В. А. ГОРБУНОВА. В докладе отражен уникальный опыт комплексного лечения мезотелиом плевры. Этот опыт представляет интерес, поскольку в литературе имеются лишь сообщения о результатах отдельных лечебных методов. В частности, ОНЦ располагает данными об эффективности химиотерапии новым препаратом — циклоплатином, а также об опыте применения препаратов золота. В этой связи ОНЦ готов предложить сотрудничество для совместной работы с целью оказания химиотерапевтической помощи.

А. К. ШАМИЛОВ. Очень отрадны успехи, достигнутые в хирургии плевры. В плане комбинированного лечения мезотелиом может быть эффективным внутриплевральное введение радиоактивного коллоидного золота, в том числе на фоне системной химиотерапии. Результаты проведенного в 1981—1989 гг. лечения 33 больных сейчас обобщаются. Небольшое число публикаций о лечении препаратами коллоидного золота объясняется не малой эффективностью препарата, а высокой стоимостью лечения.

П. Г. БРЮСОВ, главный хирург госпиталя, в заключительном слове отметил, что в ГВКГ понимают необходимость сотрудничества и кооперированных научных исследований («ведомственные барьеры не должны быть преградой для пациентов»).

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) подчеркнул успехи специалистов ГВКГ в лечении больных мезотелиомой плевры.

ДОКЛАД

Ю. С. ЩигOLEV, Б. В. Фомин, Ш. Х. Гизатуллин

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЛИТАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ

Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко

Под наблюдением в ГВКГ в 1988—1993 гг. находились 22 больных с единичными церебральными метастазами (мужчин 16, женщин — 6), возраст больных от 18 до 75 лет. Первичная опухоль в 46% случаев локализовалась в органах дыхания, в 29% — в органах брюшной полости и забрюшинного пространства, предстательной железе; 6% составили меланомы, 19% — прочие опухоли. В клинической картине преобладали быстро нарастающая неврологическая симптоматика и проявления интоксикации. Диагностика включала магнитно-резонансную томографию и компьютерную томографию мозга, селективную церебральную ангиографию, скintiграфию мозга.

Оперированы 18 больных с солитарными метастазами. В нескольких случаях назначалась лучевая терапия. Операция по поводу церебрального метастаза проводилась, как правило, после удаления первичной опухоли; у 2 больных удаление метастаза выполнено одновременно с удалением первичного очага (в объеме широкого иссечения меланомы кожи и пневмонэктомии справа по поводу рака). В послеоперационном периоде умерли 3 больных вследствие отека и дислокации мозга. После стабилизации неврологического состояния, при показаниях, продолжалось противоопухолевое лечение. При наблюдении за оперированными в течение 1—2 лет повторных церебральных метастазов не выявлено. Полученные результаты обосновывают целесообразность хирургического лечения при солитарных метастазах в головной мозг.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Хирургическое лечение обосновывается отсутствием повторных метастазов, удовлетворительными отдаленными результатами; 11 оперированных наблюдаются в течение 5 лет.

Метастазы могут быть удалены из любой зоны мозга, доступной хирургическому вмешательству.

Удаление метастазов из мозга при невыявленном первичном очаге оправдано. Хирургическое вмешательство в этих случаях становится не только лечебным, но и диагностическим.

Сравнительная оценка результатов хирургического и лучевого лечения не проводилась. Полученные результаты не противоречат данным литературы.

ПРЕНИЯ

З. Н. АЙТАКОВ. По нашим наблюдениям, у каждого второго больного с метастатическим поражением мозга первичной опухолью является аденокарцинома, как известно, малочувствительная к лучевой терапии. Операция позволяет помочь этим больным. Доклад способствует преодолению консерватизма в этом вопросе.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель). Полученные результаты открывают новые возможности лечения больных с метастазами в мозг. Следует содействовать развитию нейрохирургии в онкологии.

ДОКЛАД

Д. В. Фурашов, И. В. Селюжицкий, В. И. Гранкин

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ДВУСТОРОННИМ РАКОМ ПОЧЕК**

Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко

Двусторонний рак почек диагностирован у 14 (5,1%) из 275 больных, лечившихся в ГВКГ в 1986—1992 гг. Наблюдались 13 мужчин и 1 женщина, возраст больных от 34 до 78 лет. Оперированы 13 больных. В хирургическом лечении отказано 1 больному в связи с тяжестью общего состояния.

Синхронные опухоли выявлены у 6, метасинхронные — у 8 больных. В 12 случаях обе опухоли были классифицированы стадией T2N0M0, в остальных — T2N1M0 и T2N1M0 + T2N0M1. Распространенность процесса определялась по данным внутривенной урографии, ультразвукового исследования, компьютерной томографии, ангиографии.

При синхронном раке у 3 больных выполнена нефрэктомия + резекция второй почки; при невозможности органосохраняющей операции у 2 больных проведена двусторонняя нефрэктомия.

После нефрэктомии с резекцией второй почки 1 больной умер через 1,5 года от прогрессирования процесса на фоне почечной недостаточности, 2 наблюдаются 1,5 и 2 года без признаков опухоли. Хроническая почечная недостаточность не требует применения гемодиализа. После двусторонней нефрэктомии проводился гемодиализ по предварительно разработанной программе. Программный гемодиализ начинался со 2-го дня по 10—12 ч в неделю. Через 2 мес лечение продолжалось амбулаторно. В 1 случае через 2 года выполнена трансплантация почки. Трансплантат удален в связи с его отторжением. Предполагается повторная трансплантация.

Метасинхронные опухоли выявлялись после нефрэктомии в сроки до 2 лет (2), от 2 до 10 лет (2), а также спустя 10—15 лет (4). Вторая опухоль определялась в виде одиночного узла у 6 больных, у остальных выявлены 2 или 3 новообразования. Процесс локализовался в верхнем (3) или нижнем полюсе (2) либо в теле почки (3).

Хирургическое лечение по поводу метасинхронной опухоли проведено в объеме резекции почки (1), чрескапсульного удаления (1) и энуклеации опухоли (5).

Органосохраняющая операция возможна при экстрапаренхимном (более чем на 2/3) расположении опухоли, сохранении порядка 2/3 почечной паренхимы.

Предлагаемая нами операция чрескапсульного удаления состоит в расслоении фиброзной капсулы опухоли, удалении ее внутренней части вместе с опухолью и оставлении внешней части, по данным проведенных исследований, не содержащей опухолевых клеток.

Энуклеация опухоли расценивается как паллиативная операция.

Из 7 оперированных 1 умер в послеоперационном периоде, 2 — в течение 1-го года после операции; 1 больной прожил 2-летний срок, 4 наблюдаются от 1 до 5 лет. Гемодиализ проводится лишь 1 больному (амбулаторно). Необходимости его применения в послеоперационном периоде у больных данной группы не отмечено.

Таким образом, при двустороннем раке почек предпочтительны двусторонние органосохраняющие операции либо нефрэктомия с органосохраняющим вмешательством на второй почке. При невозможности сохранения почечной паренхимы показана двусторонняя нефрэктомия с последующим программным гемодиализом и трансплантацией почки. Проявления прогрессирования процесса не являются противопоказанием к операции — отказ от активной хирургической тактики сокращает продолжительность жизни больных двусторонним раком почек.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Применялся традиционный лумботомический доступ.

Опухолевых тромбов в нижней полой вене в данной группе больных не обнаружено. В ГВКГ имеется опыт 10 операций по извлечению опухолевых тромбов, располагавшихся дистальнее печеночной вены, и одного тромба, распространявшегося в нижнюю полую вену.

ПРЕНИЯ

Проф. Б. П. МАТВЕЕВ. Авторы завышают показания к органосохраняющим операциям, поэтому отношение к предложенным рекомендациям должно быть сдержанным. При выборе объема операции следует учитывать возможность отсевов опухоли в почечной паренхиме, а также распространения опухолевой инфильтрации за пределы капсулы почки. При наличии двух функционирующих почек резекция возможна лишь при опухолях не более 3 см.

И. В. СЕЛЮЖИЦКИЙ. В заключение главный онколог ГВКГ отметил, что доклады отражают особенности и преимущества многопрофильного госпиталя. Согласованная работа врачей разных специальностей позволила улучшить диагностику во всех случаях «плевритов неясной этиологии»; оказать квалифицированную помощь и продлить жизнь больным при множественных опухолях и отдаленных метастазах.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) подчеркнул, что специалисты понимают остроту поставленных вопросов. В прениях по докладам высказывалось мнение о необходимости лечебных действий при распространенных формах новообразований. Имеется очевидное продвижение вперед в решении обсуждаемых проблем — это подтверждают результаты исследований, представленные в докладах.

**ПРОТОКОЛ № 403 ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА
(23 декабря 1993 г.)**

Председатель — проф. А. И. Пирогов

Секретари — кандидаты мед. наук С. М. Волков,
С. С. Герасимов

ПОВЕСТКА ДНЯ

ДОКЛАД

А. Н. Махсон, А. С. Бурлаков

**УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЛИТАРНОГО
МЕТАСТАЗА РАКА ТЕЛА МАТКИ
В БОЛЬШЕБЕРЦОВУЮ КОСТЬ**

Московская онкологическая больница № 62

Метастаз выявлен у больной 58 лет через 4 мес после окончания комбинированного лечения (лучевая терапия СОД 28 Гр и экстирпация матки). Выполнена резекция диафиза правой большеберцовой кости с пластикой дефекта фрагментом левой малоберцовой кости на микрососудистых анастомозах. Концы трансплантата были внедрены в костные каналы большеберцовой кости, зафиксированы шурупами и гипсовой лонгетой. В связи с нестабильностью в местах остеосинтеза через 2 мес выполнена фиксация в аппарате Илизарова на 5 мес. Отмечена выраженная гипертрофия трансплантата, достигнут надежный остеосинтез. Через 2,5 года проявлений прогрессирования не выявлено, функция ноги восстановлена, больная ходит без дополнительной опоры.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Опыт остеосинтеза в данном наблюдении обосновывает применение аппарата Илизарова во всех подобных случаях.

ПРЕНИЯ

А. Н. МАХСОН. Накопленный опыт позволяет отметить необходимость создания в онкологических учреждениях отделений пластической хирургии, в том числе и для выполнения операций с применением микрососудистой техники. В таких отделениях смогут получить помощь больные со злокачественными новообразованиями различных локализаций.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель). Создание и специализация реабилитационных отделений — актуальная проблема онкологии. Реабилитация после лечения от злокачественных новообразований — это не только пластика молочных желез, протезирование опорно-двигательного аппарата и челюстно-лицевой зоны.

Достижения в других областях онкологии приводят к изменению профиля реабилитационных отделений; это требует организационных решений.

ДОКЛАД

А. С. Бурлаков, К. А. Денисов, Г. И. Антонов,
В. А. Мартынов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Московская онкологическая больница № 62

Наблюдались 5 больных базальноклеточным раком, которым в течение 4—9 лет проводились хирургическое (в объеме иссечения опухоли) и лучевое лечение, лазеро- и криодеструкция, химиотерапия фонофорезом. Длительность лечения объясняется частыми рецидивами, трудностями пластики возникающих дефектов, в том числе и с применением аутодермопластики.

В 1992—1993 гг. выполнено 5 операций с широким иссечением пораженного участка волосистой части головы, резекционной трепанацией черепа. Твердая мозговая оболочка замещалась лоскутом широкой фасции бедра или протакриловой пластиной. При клинических проявлениях сдавления ткани мозга костный дефект не замещался. Кожно-мышечный трансплантат

на микрососудистых анастомозах формировался по принятой методике (см. протокол заседания № 388). Гистологическое исследование удаленных препаратов в 4 случаях подтвердило диагноз базальноклеточного рака, в 1 случае опухолевых клеток не обнаружено в связи с постлучевым патоморфозом.

Распространения опухоли на кости черепа не установлено, однако во всех случаях был диагностирован некроз кости или остеомиелит. У 2 больных отмечено появление неврологической симптоматики, обусловленной сдавлением ткани мозга остеопластическим процессом. Резекционная трепанация устраняла неврологические проявления заболевания.

Одна операция выполнена несмотря на осложненное течение заболевания, проявлявшееся поверхностным оглушением, центральным гемипарезом слева. Неврологические расстройства объяснялись прорастанием опухоли в полость черепа. При трепанации выявлен парасагиттальный субдуральный абсцесс, обусловленный остеомиелитом в зоне ранее определявшейся опухоли. Операция выполнена по жизненным показаниям. Послеоперационный период осложнился синус-тромбозом и несмотря на проводившуюся терапию наступил летальный исход.

У 4 больных послеоперационный период протекал без осложнений; они выписаны, вернулись к привычному образу жизни.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пластика волосистой части головы кожно-мышечным лоскутом на микрососудистых анастомозах имеет значительные преимущества по сравнению с другими методами (например оментопластикой). Она обеспечивает достаточную толщину трансплантата, хороший косметический результат; сопряжена с меньшей травматичностью создания трансплантата.

Резекция твердой мозговой оболочки оправдана. Риск резекции меньше риска ее отслойки.

Микрососудистые анастомозы формировались в височной области.

ПРЕНИЯ

Ю. В. РЕШЕТОВ. Местно-распространенные опухоли волосистой части головы встречаются часто, а примеры успешного излечения, напротив, немногочисленны (см. протокол заседания № 398). Широкое иссечение опухоли не является гарантией выздоровления, так как в 40% случаев возникают рецидивы. В этой связи следует проявлять онкологическую настороженность с целью раннего выявления прогрессирования процесса.

Б. Л. ШИЛОВ. Иммуностимуляторы должны дополнять комплекс лечения онкологических больных.

А. Н. МАХСОН. Доклад представлен из практического лечебного учреждения. Наша задача — применять методики, апробированные в научных центрах. Если наука утверждает, что в 40% случаев возникает рецидив, то это косвенно указывает на возможность излечения в остальных 60% случаев. Иными словами, 3 из 5 оперированных нами больных имеют статистическое основание быть излеченными. Хирурги больницы № 62 могут доложить лишь о таком результате, поскольку, к сожалению, научными центрами не разработано более прогрессивных лечебных методов.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель). Онкологическое общество дважды в течение года видит примеры излечения местно-распространенного базально-клеточного рака волосистой части головы. Решение проблемы в условиях специализированных медицинских учреждений (ГВКГ, больница № 62) реально.

Творческое осмысление практического опыта отличает врачей больницы № 62, где имеются значительный потенциал и большие возможности оказания квалифицированной помощи онкологическим больным.

ПРОТОКОЛ № 404 ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (27 января 1994 г.)

*Председатель — проф. А. И. Пирогов
Секретари — кандидаты мед. наук С. М. Волков,
С. Б. Петерсон, С. С. Герасимов*

ПОВЕСТКА ДНЯ

В начале заседания Общество почтило память Н. Н. Блохина, М. А. Волковой, З. В. Гольберт, Ю. Я. Грицмана, Н. Ф. Любарова, И. Б. Морощкина, Е. Э. Погосянц, А. В. Чаклина, В. А. Чернова.

А. И. Пирогов (председатель правления Общества)

ИТОГИ РАБОТЫ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ЗА 1992—1993 гг.

За 1992—1993 г. число членов Общества уменьшилось на 27,8% — с 360 до 260. Численность Общества на время отчета соответствует показателю конца 60-х — начала 70-х годов и отражает реальность. Косвенное подтверждение этому заключению дает статистика отчетов Общества прежних лет. Их непременным атрибутом был показатель «Рост членов общества» и графа «Задолженность по уплате членских взносов». Взносы платили 45% от 540 состоявших в Обществе в 1984 г. и 22% от рекордного числа — 926 членов 1987/88 учетного года. Это соответствует 243—203 «действительным членам», которые на практике и составляют стабильную основу Онкологического общества.

В Обществе состоят 186 мужчин и 74 женщины; возрастное соотношение: до 45 лет, от 45 до 60 лет, 60 лет и старше (классификация экспертов ВОЗ, 1963) составляет 48, 170, 42 (18,5, 65,4, 16,2%) соответственно.

В Обществе состоят 98 (37,7%) онкологов из ОНЦ РАМН, 52 (20%) из МНИОИ им. П. А. Герцена, 40 (15,4%) из Онкологической больницы № 62. Членами Общества являлись также 8 сотрудников МООД, 5 сотрудников МГОД, 5 районных онкологов, 7 сотрудников кафедр онкологии московских вузов, 15 врачей военных госпиталей.

Из числа членов Общества 104 (40%) — врачи (ординаторы), 76 (29%) — научные сотрудники, 42 (16,2%) — заведующие отделениями больниц и научных институтов, 39 (15%) — другие группы. В Обществе состоят 68 (26,2%) кандидатов и 75 (28,8%) докторов наук, 36 (13,8%) — профессоров.

Правление считает обоснованным положение о

том, что принадлежность к профессиональному Обществу повышает рейтинг специалиста.

За 1992—1993 г. проведено 18 заседаний (с 386-го по 403-е), на которых обсуждены актуальные проблемы онкологической науки и практики. Заседания проводятся в ОНЦ РАМН, а также, раз в год, посвященное памяти проф. Б. Е. Петерсона, — в МНИОИ им. П. А. Герцена. Одно из заседаний проводится совместно с обществом патологоанатомов и посвящается памяти акад. Н. А. Краевского. В 1993 г. совместно с обществом гигиенистов проведено заседание, обсудившее проблему: «Какая программа профилактики рака нужна России?» В тематике заседаний значительное место занимают вопросы радикального хирургического лечения с применением микрососудистой техники (опыт Онкологической больницы № 62 и МНИОИ им. П. А. Герцена.), повышения радикальности хирургического лечения рака легкого, пищевода, желудка, совершенствования медиастинальной и забрюшинной лимфодиссекции (опыт торакальной клиники ОНЦ РАМН). На заседаниях Общества заслушаны доклады хирургов ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, где при практической помощи ведущих хирургов ОНЦ (профессора М. И. Давыдов и Ю. И. Патютко) внедрены разработки торакального отделения и отделения хирургии печени ОНЦ РАМН. Доклады вызвали активное обсуждение, положительную оценку. Правление предполагает отметить лучшие сообщения почетными дипломами. В декабре 1994 г. Московское онкологическое общество отметило 40-летие. В этой связи в течение 1994 г. члены Общества получили памятные дипломы.

С. М. Волков (секретарь правления Общества)

ПРИМЕНЕНИЕ ЭВМ ДЛЯ ОБРАБОТКИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Актуальность сообщения подтверждается многими наблюдениями из практики: исследователи, приступая к статистической обработке информации, создают с помощью программистов собственные базы данных; это достигается ценой неоправданных затрат времени и средств. Между тем имеются стандартные программы [PARADOX], позволяющие проводить обработку информации без специальных знаний по программированию. Примером такого решения вопроса является статистическая обработка информации (компьютеризация делопроизводства) Онкологического общества. В базу данных внесены основные сведения о членах Общества; форма-распечатка этих сведений рассылается ежегодно членам Общества для контроля данных и подтверждения получения членского взноса. Информация базы данных в последующем (ежемесячно) используется для печати адресов-этикеток, которые расклеиваются на конверты при рассылке повесток заседаний. Информация базы данных используется, кроме того, для суммирования доходов и расходов в ежемесячном (и годовом) финансовом отчете, а также для составления годового отчета правления и справки для ревизионной комиссии. Завершается работа по составлению базы данных о заседаниях общества для обеспечения потребностей в необходимой справочной информации.

Секретарями будет оказано необходимое содействие членам Онкологического общества, желающим освоить применяемые программы для обработки медицинской информации.

В. В. Брюзгин (председатель ревизионной комиссии Общества)

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРКИ РАБОТЫ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ЗА 1992—1993 гг.

Ревизионная комиссия признала работу правления удовлетворительной. Эта оценка складывается из следующих положений.

Замечаний по результатам проверки отчетных материалов не отмечено. Доходы и расходы Общества тщательно оформлены и документированы. Компьютеризация делопроизводства позволяет быстро получить исчерпывающие сведения по интересующим вопросам.

Ревизионная комиссия подтверждает правильность сведений, представленных в отчетном докладе правления и разосланных всем членам Общества. Доходы Общества составили (за 1992—1993 гг.) 9977,74 р. Расходы Общества на печать и рассылку повесток, организацию и проведение заседаний в 1992—1993 гг. составили 9830 р.

Остаток средств по бюджету 1992—1993 гг., а также возможные поступления для погашения неплатежей целесообразно распределить следующим образом: 1000 р. оставить на счету Общества (№ 35700) в Царицинском филиале Сбербанка Москвы (№ 7978/01215), потратив остальные на поддержку компьютеризации для покупки расходных материалов и др. (при согласии членов Общества, переплативших за 1992—1993 гг. в общей сложности 311 р., эту сумму возможно не учитывать в последующих расчетах).

Ревизионная комиссия считает оправданным повышение членского взноса за 1994 г. до 1000 р. (одна тысяча р.). Взнос в 1992 г. составлял 5 (пять) р., а в 1993 г. — 35 (тридцать пять) р. Вступившие в Общество в 50-х—60-х годах взносов не платят.

Ревизионная комиссия поддерживает распространенное мнение о том, что рейтинг специалиста должен определяться в том числе и его принадлежностью к профессиональному обществу.

Выборы правления и ревизионной комиссии московского онкологического общества на 1994—1995 гг. Выборы проведены открытым голосованием. Общество (единогласно) избрало следующий состав правления:

ПИРОГОВ А. И. (председатель). Члены правления: **АЙТАКОВ З. Н.**, **ВОЛКОВ С. М.**, **ДАВЫДОВ М. И.**, **ДЕНИСОВ Л. Е.**, **ДУРНОВ Л. А.**, **ЗАРИДЗЕ Д. Г.**, **КОПНЕВ В. В.**, **КЛИМЕНКОВ А. А.**, **ЛЕТЯГИН В. П.**, **МАМОНТОВ А. С.**, **МАХСОН А. Н.**, **ПЕТЕРСОН С. Б.**, **ПОДДУБНАЯ И. В.**, **ПОДДУБНЫЙ Б. К.**, **СДВИЖКОВ А. Н.**, **СЕЛЮЖИЦКИЙ И. В.**, **СОЛОВЬЕВ Ю. Н.**, **СТАРИНСКИЙ В. В.**, **СЫРКИН А. Б.**, **ТРАПЕЗНИКОВ Н. Н.**, **ЧИССОВ В. И.**

Членами ревизионной комиссии открытым голосованием избраны: **БРЮЗГИН В. В.** (председатель), **МАКАРЕНКО Н. П.**, **САВИНОВА В. Ф.**

ПРЕНИЯ

И. В. СЕЛЮЖИЦКИЙ. Мы имеем возможность констатировать успешную работу Онкологического общества, в то время как ряд других научных обществ, столкнувшись с проблемами нашей действительности, всю свою энергию вынуждены направить на борьбу за выживание. Специалистам интересны сообщения, сделанные на заседаниях Общества. Удовлетворение вызывает отчет, разосланный всем членам Общества. Отрадно отметить работу как научных, так и практических онкологических учреждений.

Проф. Е. С. СМЕРНОВА. Работа правления Общества заслуживает одобрения. Члены Общества с пониманием относятся к вынужденным мерам, когда повестки печатаются сразу на несколько заседаний и распространяются по месту работы.

В. В. СТАРИНСКИЙ. Научное общество — важная форма организации специалистов. Медицинские общества могут стать основой при создании новых структур — медицинских ассоциаций. Кроме достаточно известных функций (демонстрация достижений, обмен знаниями, опытом), в ассоциации могли бы решаться (согласовываться, утверждаться) вопросы, которые все чаще ставятся на повестку дня: выдача лицензий на право лечебной деятельности в данной специальности; решение споров в случаях медицинского страхования; защита прав и интересов специалистов.

А. М. СДВИЖКОВ изложил свои впечатления о проведении заседаний и заверил в своей поддержке работы Общества.

На заседании просмотрен ряд фильмов, зрители получили ответы авторов фильмов и разъяснения организаторов видеосалона.

Научный видеосалон:

С. Г. МАЛАЕВ, К. П. ЛАКТИОНОВ (Научно-производственное малое предприятие «КОНСУЛЬТАЦИЯ, ОБУЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА» при ОНЦ РАМН; Москва, 116597, а/я № 96 (324-96-44; 324-92-14).

Предложены для просмотра и приобретения научные видеофильмы:

Н. Г. БЛОХИНА и др. «ПРОФИЛАКТИКА И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ».

М. И. ДАВЫДОВ и др. «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА». «ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА».

А. А. КЛИМЕНКОВ и др. «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА».

В. И. КНЫШ и др. «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ». «АКА-2; АППАРАТ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ».

В. П. ЛЕТЯГИН и др. «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ».

Е. Н. МАЛЫГИН и др. «ХИРУРГИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ». «ПЛАСТИКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАКЕ».

А. И. ПИРОГОВ и др. «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЕГКОГО».

Н. Н. ТРАПЕЗНИКОВ и др. «ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ». «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА». «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА».

ПРОТОКОЛ № 406 ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (31 марта 1994 г.)

Председатели — проф. М. И. Давыдов
и А. И. Пирогов
Секретари — канд. мед. наук С. М. Волков,
С. В. Петерсон, С. С. Герасимов

ПОВЕСТКА ДНЯ

ДОКЛАД

В. М. Китаев, В. П. Петров, А. А. Дмитриценко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА И ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ

Центральный военный клинический госпиталь
им. А. А. Вишневского

Проанализированы результаты 153 исследований, из которых 118 подтверждены последующей операцией. Показаны надежность метода при выявлении экстраорганных распространения опухолей (Т3—Т4) и, напротив, невозможность разграничения поражений Т1—Т2, а также сложность дифференциальной диагностики состояния забрюшинных лимфоузлов. Вероятность поражения устанавливается с учетом их размеров и локализации. Соотношение метастатических и воспалительных изменений лимфоузлов при диаметре до 10 мм составляет 1:1, при диаметре от 11 до 20 мм — 3:1. Вероятность метастатического поражения увеличенных узлов возрастает по мере их отдаления от опухоли. Эффективность компьютерной томографии (КТ) при выявлении метастазов в органах и тканях превосходит возможности УЗИ, а при распознавании внутрибрюшинных поражений уступает возможностям лапароскопии.

Важная роль принадлежит КТ в диагностике рецидивов и определении показаний к повторным операциям. В этой связи оправданы послеоперационные КТ-исследования через 4—5, 12, 18 мес. В последующие сроки возрастает ценность эндоскопии и рентгенографии.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

КТ показана (в специализированных учреждениях) для предоперационной, уточняющей диагностики распространенности процесса. КТ оправдана при III стадии заболевания.

Операция считалась нецелесообразной при массивном комбинированном поражении прилежащих анатомических образований, при выявлении отдаленных метастазов.

Наибольшие трудности, в том числе и наибольшая

часть ложноотрицательных заключений, отмечены при диагностике прорастания опухоли в поперечную ободочную кишку.

Пункция патологических образований под контролем КТ выполнялась при подозрении на метастазы в печень. В сложных случаях выполнялась пункция стенки желудка. Пункция лимфоузлов сложна и малоинформативна.

Внеорганные рецидивы выявлялись КТ, однако операции по поводу этих новообразований не выполнялись, как правило, из-за множественного характера поражения.

Принципы КТ-диагностики первичных и рецидивных опухолей *in situ* аналогичны. КТ должна применяться в сложных случаях как завершающий этап диагностики.

За рубежом КТ выполняется в плановом порядке в ряде экономически развитых стран Западной Европы и Северной Америки.

ПРЕНИЯ

А. Б. ЛУКЬЯНЧЕНКО. Представленный доклад чрезмерно оптимистичен. Однако КТ не имеет столь высокой чувствительности и специфичности при диагностике состояния забрюшинных лимфоузлов, связи опухоли с поджелудочной железой (особенно у истощенных больных, при отсутствии жировой прослойки между указанными органами). Кроме того, данные КТ имеют «ограниченную ценность» — выявление поражения прилежащих к желудку органов не исключает комбинированной, расширенной гастрэктомии.

Проф. А. А. КЛИМЕНКОВ. Значение КТ в докладе практически абсолютизировано, но в выводах отражена реальность. Она определяет значение КТ следующими положениями: выявление прорастания опухоли в забрюшинную клетчатку имеет практическое значение для больных, которые не смогут перенести комбинированную расширенную операцию. Диагностика экзогастральных рецидивов имеет существенное значение для решения вопроса о возможном хирургическом вмешательстве.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ (председатель). Главной задачей КТ как заключительного этапа диагностики является уточнение показаний к хирургическому вмешательству. КТ выявляет факторы, делающие операцию нецелесообразной, или корригирует задачи для хирургов. В частности, выявление локальных внеорганных рецидивов позволяет обосновать показания к хирургическому лечению. Опыт ОНЦ в области КТ-диагностики распространенности опухолей желудка — один из наибольших в стране — позволяет определить значение метода указанными задачами.

ДОКЛАД

В. П. Петров, А. Г. Рожков, М. П. Михалкин,
Е. П. Железнов, А. П. Варначев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Центральный военный клинический госпиталь
им. А. А. Вишневского

Обобщен опыт 1157 операций, выполненных в 1969—1993 гг., из них 1056 операций радикальные,

101 — паллиативная. За этот срок 13 больным было отказано в операции, 8 от операции отказались. Частота I—IV стадий среди радикально оперированных составила 11, 5, 21, 4, 61, 7, 5, 4%. У 153 (14,5%) больных опухоль локализовалась в верхней трети, у 134 (12,7%) — в средней, у 688 (65,2%) — в нижней трети желудка; тотальное поражение выявлено у 52 (4,9%), рак оставшейся части желудка — у 29 (2,7%) больных. Преобладал (65%) железистый рак. В 8,5% случаев выявлен диморфный рак (аденокарцинома в сочетании с плоскоклеточным раком).

Из числа радикально оперированных субтотальная дистальная резекция желудка выполнена 627 (59,4%), проксимальная резекция — 68 (6,4%), гастрэктомия — 361 (34,2%) больным. У 299 (28,3%) больных операции были комбинированными. Субтотальная дистальная резекция желудка выполнялась с анастомозом, по Ру. Абдоминальный доступ применен в 73,4% случаев, абдомино-торакальный — в 26,6% (при переходе опухоли на пищевод). Применялся инвагинационный пищеводно-желудочный (кишечный) анастомоз, по К. Н. Цацаниди. Указанные методики обеспечивали наилучшие функциональные результаты (антирефлюксные свойства, порционный характер эвакуации).

Послеоперационные осложнения развились у 213 (20,3%) больных. Несостоятельность швов отмечена в 22 случаях, включая 6 при формировании пищеводного анастомоза. Непосредственная летальность составила 7%, изменяясь в зависимости от объема операции от 6,1% (после дистальных резекций) до 8,6% (после гастрэктомий). 5-летняя выживаемость в группе из 319 выписанных и прослеженных больных составила 38,9%. Она различалась в зависимости от стадии: 88,2, 67,1, 21,3%. Улучшение отдаленных результатов связывается с внедрением расширенных лимфаденэктомий.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Спленэктомия выполнялась по онкологическим показаниям — при прорастании опухоли в желудочно-селезеночную связку и капсулу селезенки, при метастазах в бассейне селезеночной артерии и воротах селезенки. Комбинированные операции с резекцией печени выполнялись при прорастании опухоли или метастатическом поражении.

Операция резекции желудка по Бильрот-I по поводу рака не выполнялась. Статистика 29 экстирпаций оставшейся части желудка аналогична результатам других радикальных операций.

Введение зонда в послеоперационном периоде не выполнялось; кормление начиналось с 3-х суток.

В плане комбинированного лечения больных при III стадии заболевания применялась химиотерапия 5-фторурацилом в стандартных дозах. Достоверного увеличения выживаемости не отмечено.

ПРЕНИЯ И ДИСКУССИЯ

В. С. МАЗУРИН. Обращает на себя внимание несоответствие числа случаев III—IV стадии (709, 67,1%) и числа комбинированных операций (299, 28,3%), которые являются операциями адекватного объема при данной распространенности процесса. Воз-

можно, это несоответствие обусловлено неточным определением стадии TNM.

Проф. А. А. КЛИМЕНКОВ. Представлен доклад, обобщающий всю работу госпиталя в течение 25 лет. Естественно, в докладе представлены обобщенные показатели, в том числе и 7% показатель летальности; всего 6 случаев недостаточности швов пищеводного анастомоза за 25 лет работы означает, что в клинике годами не отмечено этого осложнения. Возникают вопросы о том, как изменялся показатель летальности в динамике; в чем должно заключаться дальнейшее улучшение результатов хирургического лечения; какую из проблем авторы считают первоочередной для обсуждения.

А. Г. РОЖКОВ. На обсуждение представлен опыт хирургического лечения рака желудка, накопленный в ЦВКГ им. А. А. Вишневского за 25 лет. Летальность до 1972 г. при гастрэктомии составляла 23%, а в последующем она снизилась до 6—9%. Недостаточность швов пищеводного анастомоза отмечена всего в 6 случаях, что связывается с применением методики, по К. Н. Цацаниди.

С. Н. НЕРЕД. Принцип онкологического радикализма требует значительного отдаления линии резекции пищевода от границы опухоли. По этой причине применение инвагинационного анастомоза по сравнению с другими методиками имеет меньшие возможности для отдаления линии резекции от опухолевой инфильтрации.

А. Г. РОЖКОВ. Морфологическое исследование удаленного препарата выявило элементы опухоли по линии разреза в 38 (3,6%) случаях. Рецидивы в зоне анастомоза выявлены у 11 больных. Это позволяет считать, что инвагинационный анастомоз обеспечивает адекватное отдаление линии резекции от опухоли. При необходимости инвагинационный пищеводно-кишечный анастомоз может быть сформирован на уровне дуги аорты.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Как правило, современные сообщения анализируют результаты 5—6-летней работы. В докладе поднят «пласт» информации глубиной в 25 лет. Он обобщает работу нескольких поколений хирургов. Они, разумеется, соблюдали преемственность, но материал 1969—1993 гг. слишком различается для обобщений. В чем заключалось совершенствование хирургического метода за этот срок?

А. Г. РОЖКОВ. Усовершенствована техника инвагинационного анастомоза, который формируется синтетическими нитями на атравматических иглах. Анастомоз позволяет формировать замыкательный (клапанный) механизм для профилактики рефлюкс-эзофагита. (Для подтверждения этого положения продемонстрированы слайды: манометрическая запись сократительной функции тканей пищевода и желудка, а также микропрепарат ткани из зоны инвагинационного анастомоза, взятой при аутопсии через 9 лет после операции).

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Какие мышцы образуют «клапанный механизм», если при формировании инвагинационного анастомоза два по существу денервированных фрагмента тканей вводятся один в другой. На практике это приводит к образованию либо некроза, либо рубца. Доказательством существования клапанного механизма может быть запись сократи-

тельной функции пищевода и желудка в динамике, в том числе в отдаленные сроки после операции. Анастомоз не универсален, его невозможно применить при выраженном супрастенотическом расширении и значительной гипертрофии стенки пищевода.

Положение доклада о пересечении пищевода «ниже уровня дуги аорты» не отвечает на вопрос о должном уровне пересечения пищевода при кардиоэзофагеальном раке; не соответствует современным требованиям представленная оценка состояния лимфогенного метастазирования.

А. Г. РОЖКОВ. Отдаление линии резекции от опухоли составляет не менее 5—6 см. Более точную оценку сложно дать из-за нечеткости имеющихся ориентиров (например граница между бронхиальным и ретроперикардальным сегментами пищевода); результаты исследований лимфогенного метастазирования, начатых в госпитале в 90-х годах, обобщаются.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ (председатель). В докладе отмечено, что после значительного снижения непосредственной летальности результаты стали стабильны и в течение длительного времени не изменяются. Это означает, что в хирургической технике имеются существенные недостатки, которые не позволяют улучшить отдаленные результаты. Прежде всего резервом повышения показателей выживаемости является расширенная лимфаденэктомия в зоне хирургического вмешательства. По данным прежде всего японских исследователей, именно лимфаденэктомия позволяет уменьшить частоту прогрессирования процесса и тем самым повысить показатель 5-летней выживаемости.

Успехи клиники в улучшении непосредственных результатов позволяют надеяться, что внедрение в практику результатов современных научных исследований приведет к улучшению и отдаленных результатов хирургического лечения рака желудка.

кализацией одной из них в пищеводе (при этом в 10,5% наблюдений выявлены 3, а в 0,9% — 4 опухоли). Синхронные опухоли выявлены в 53,3% случаев, метастазы — в 46,7%. Интервал между выявлением первой и второй опухоли составлял от 6 мес до 32 лет; наиболее часто множественные опухоли выявлялись в сроки от 1 до 2 и от 5 до 8 лет. Диагноз устанавливался с применением критериев, сформулированных Billroth в 1889 г. (различная структура, локализация в разных органах), но эти критерии не считались абсолютными. Допускалось установление диагноза множественного рака при одинаковой структуре опухолей с учетом предопуховых диспластических изменений, характера роста и морфологических признаков первичного и метастатического поражения, а также клинического течения заболевания.

Рак пищевода сочетался с опухолями легких (41,9%), органов головы и шеи (37,1%), молочных желез (13,3%), желудка (11,4%). Поражение пищевода выявлялось, как правило, после проведенного лечения по поводу новообразования иной локализации; лишь у 9 больных рак пищевода был первой опухолью, а новообразования иных локализаций были диагностированы после ее излечения. Морфологически диагноз рака пищевода подтвержден во всех случаях; плоскоклеточный рак был выявлен в 87,4%, железистый — в 4,5%, диффузный — в 2,7%, недифференцированный — в 4,5% случаев. У 1 больного выявлена лейомиосаркома.

Радикальное лечение рака пищевода проведено у 19 (18,1%) больных. Хирургический этап заключался в субтотальной резекции пищевода с одномоментной или отсроченной эзофагопластикой. Хирургическое, комбинированное лечение (операция с лучевой терапией) проведено 9 больным, адъювантная химиотерапия — 2 больным, лучевая терапия по радикальной программе — 8 больным.

Результаты работы подтверждают необходимость всесторонних обследований при наблюдении после завершения лечения по поводу злокачественных новообразований в связи с возможностью множественного поражения. При выявлении множественных опухолей с поражением пищевода следует прежде всего оценить возможность радикального лечения по общепринятым принципам.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Больной 65 лет, наблюдаемый с 1992 г., у которого диагностированы плоскоклеточный рак пищевода, аденокарцинома желудка, мелкоклеточный рак легкого. При этом выполнено радикальное лечение рака пищевода и желудка; проводится химиотерапия по поводу рака легкого.

Больной 54 лет, наблюдаемый с 1986 г., у которого через 5 лет после завершения лечения по поводу плоскоклеточного рака дна полости рта развился плоскоклеточный рак пищевода. В ноябре 1993 г. проведена лучевая терапия, в январе 1994 г. — субтотальная резекция пищевода.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Докладчик не представил данные о сопоставлении структур множественных опухолей.

ПРОТОКОЛ № 407 ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (28 апреля 1994 г.)

Председатель — проф. М. И. Давыдов
Секретари — канд. мед. наук С. М. Волков
и С. Б. Петерсон, С. С. Герасимов

ПОВЕСТКА ДНЯ

ДОКЛАД

А. С. Мамонтов, А. В. Бойко, Г. А. Франк,
С. Л. Шляков, С. А. Синицкая

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК С ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВОДА

МНИОИ им. П. А. Герцена

В МНИОИ им. П. А. Герцена за 1988—1993 гг. из 1658 больных раком пищевода у 105 (6,3%) диагностированы первично-множественные опухоли с ло-

Диагноз множественных опухолей устанавливался с учетом критериев Бильбота (разная структура опухолей, различная их локализация), а также с учетом времени возникновения и особенностей клинического течения заболевания. При установлении диагноза принимались во внимание все имеющиеся клинические данные, при этом диагноз множественного рака мог быть установлен и при одинаковой структуре опухолей.

ПРЕНИЯ

З. О. МАЧАЛАДЗЕ. Несомненно, интересные данные МНИОИ им. П. А. Герцена существенно отличаются от статистики ОНЦ РАМН: всего 36 наблюдений множественного рака с поражением пищевода за 20 лет. Такое отличие объясняется нашим отношением к соблюдению критериев первичной множественности. В торакальном отделении ОНЦ считают, что первично-множественные опухоли должны иметь разную структуру.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Строгое соблюдение критерия различной структуры множественных опухолей необходимо для достоверной статистики; практическое значение имеет разработка активной хирургической тактики, которая одинакова как при плоскоклеточном раке пищевода с возникновением (в ином органе) метакронной опухоли другой структуры, так и в случае выявления (в этом органе) метакронного метастаза плоскоклеточного рака пищевода.

И. В. СЕЛЮЖИЦКИЙ. В клинической практике сложно провести дифференциальную диагностику между множественной (второй) опухолью и метастазом первой опухоли. Для достоверной статистики диагноз множественной опухоли следует устанавливать лишь в случае неоспоримых доказательств, например при разной структуре новообразований. В остальных клинических ситуациях более оправдано считать опухоль метастатической.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Выявление двух злокачественных опухолей в одном органе, естественно, позволяет установить диагноз первично-множественной опухоли этого органа. Большие сложности могут возникнуть при установлении диагноза и выборе метода лечения в случае различной локализации новообразований. Например, в одном случае из нашей клинической практики у больного, находящегося в состоянии ремиссии после проведенного лечения по поводу лимфогранулематоза, было выявлено поражение пищевода. Проводилась дифференциальная диагностика между проявлением лимфогранулематоза с поражением пищевода и первичной опухолью пищевода. Больной был оперирован в объеме резекции пищевода. Морфологическое исследование позволило подтвердить диагноз первично-множественных опухолей.

Проф. А. С. МАМОНТОВ. Частота первично-множественных опухолей возрастает. При этом при выявлении второй опухоли, как правило, делается выбор в пользу консервативного метода лечения, что неоправдано с точки зрения современных возможностей хирургии и реанимационно-анестезиологического обеспечения. Если в прошлом рак пищевода, как пра-

вило, был второй множественной опухолью, лечением которой завершался жизненный путь больного, то сейчас все больше у больных, излеченных от рака пищевода, выявляются множественные опухоли иных органов. При отсутствии противопоказаний это не должно препятствовать хирургическому лечению.

Проф. А. В. БОЙКО. Поскольку в диагностике первично-множественного рака не существует жестких критериев, оправдано устанавливать первичную множественность и при одинаковой структуре новообразований различной локализации. При этом ведущим критерием становится клиническое течение процесса, диагноз устанавливается консилиумом специалистов с учетом всех особенностей заболевания. Так, у одного из наших больных через 8 лет после излечения плоскоклеточного рака дна полости рта выявлен плоскоклеточный рак пищевода. Анализ клинического течения заболевания позволяет установить, что это не метастаз рака дна полости рта в пищевод, а именно первично-множественный рак с поражением пищевода.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. А если через 8 лет после излечения рака дна полости рта у больного вновь выявлен рак дна полости рта, как в таком случае следовало бы трактовать диагноз?

Проф. А. В. БОЙКО. Возможные варианты диагноза в этом случае следующие: 1) множественный рак; 2) рецидив; 3) метастаз рака дна полости рта.

Практическое значение имеет выбор лечебной тактики при нескольких локализациях злокачественных опухолей. Накопление материала позволит определить наиболее рациональные решения.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. У второго демонстрированного больного после излечения рака пищевода выявлен мелкоклеточный рак легкого. Насколько достоверен этот диагноз, установленный по результатам биопсии, взятой при бронхоскопии? Не исключено, что пересмотр препаратов выявит, предположим, малодифференцированный плоскоклеточный рак, который может оказаться и метастазом плоскоклеточного рака пищевода.

Проф. А. В. БОЙКО. Диагноз мелкоклеточного рака убедительно подтвержден заключением ряда специалистов.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ (председатель). В представленном докладе привлекает активная позиция специалистов МНИОИ им. П. А. Герцена в лечении больных с первично-множественными опухолями. Эта проблема смыкается с проблемой выбора метода лечения при солитарных (единичных) отдаленных метастазах злокачественных опухолей. Убежден, что критерии установления диагноза первично-множественной опухоли следует ужесточить. Тогда может оказаться, что 36 случаев первично-множественного рака, диагностированного за 5-летний срок в ОНЦ РАМН, — это не столь малое число наблюдений.

И. Ю. Коротких, В. Д. Комов, Б. И. Долгушин,
Г. Т. Миронова, А. Б. Лукьянченко

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ СЕЛЕЗЕНКИ

ОНЦ РАМН

Первичные опухоли селезенки встречаются очень редко. По данным литературы, они выявлены в 7 (0,0001%) случаях из 68 820 операций и 11 757 аутопсий. Частота опухолей селезенки составляет 0,03—0,08% среди оперированных в объеме спленэктомии. В проведенном исследовании изучены материалы 1969—1993 гг. 7 больниц Москвы. В 36 случаях установлен диагноз «опухоль селезенки». Доброкачественные опухоли выявлены у 17 (гемангиомы у 11, гамартумы у 3, лимфангиомы у 2 и 1 случай без морфологической верификации диагноза), злокачественные — у 19 больных (ангиосаркомы у 9, лимфосаркомы у 5, злокачественные фиброзные гистиоцитомы у 2, а также лимфогранулематоз, рак, низкодифференцированная саркома).

Соотношение мужчин и женщин составило 12 : 24 (1 : 2). Преобладали больные молодого и среднего возраста (возраст от 14 до 83 лет, в среднем 20—40 лет). Клинические проявления опухолей селезенки неспецифичны (слабость, утомляемость, деформация живота и боли в левом подреберье); характерных изменений в данных лабораторных исследований не выявлено. Бессимптомное течение заболевания отмечено у 8 (22%), а разрыв селезенки — у 2 (5%) больных. Диагностика проводилась с применением ультразвуковой и компьютерной томографии (КТ), ангиографии, лапароскопии и чрескожной пункции. Трактовка результатов исследований редко совпадала с диагнозом, что объясняется казуистической редкостью опухолей селезенки. Как правило, диагноз устанавливался после спленэктомии (32), а в 3 случаях — по данным аутопсии. Размеры опухолей, замещавших пораженный орган, составляли от 2 x 5 x 5 до 28 x 35 x 40 см, масса новообразований — от 20 г до 5 кг.

Примерами клинического течения заболевания могут быть следующие наблюдения.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Больной 56 лет. Проявления процесса позволяли предположить онкологическое заболевание с поражением органов брюшной полости. По данным КТ, в феврале 1986 г. определялось новообразование в ткани селезенки. Оперирован в ОНЦ 10.02.86. По результатам ревизии при диагностической лапаротомии решено выполнить спленэктомию. При гистологическом исследовании установлен диагноз гемангиомы селезенки. Больной наблюдался в ОНЦ в течение 3 лет. Умер в 1989 г. от рака легкого.

Больная 42 лет. Оперирована в декабре 1991 г. в объеме адреналэктомии слева по поводу феохромоцитомы. При обследовании через 18 мес в связи с подозрением на прогрессирование процесса (рецидив

опухоли надпочечника или метастаз опухоли в селезенку) выполнена лапаротомия. При ревизии выявлено поражение селезенки. После спленэктомии при гистологическом исследовании установлен диагноз гамартумы селезенки.

Больная 17 лет. Обнаружила у себя бессимптомное новообразование в левом подреберье. Выполнена ультразвуковая томография, при которой диагностированы изменения селезенки. Изменения подтверждены данными КТ и ангиографии (предполагалась опухоль селезенки или ее паразитарное поражение). Выполнена спленэктомия (14.05.86). Гистологическое заключение: злокачественная фиброзная гистиоцитома. В последующем диагностированы метастазы в надключичные лимфоузлы. Проводилась химиолучевая терапия. Достигнута ремиссия. Через 7,5 лет после операции состояние удовлетворительное.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Наименьшая опухоль селезенки, размером 2 x 5 x 5 см, была выявлена при гистологическом исследовании после спленэктомии. Показанием к операции была неясность диагноза при клинических проявлениях спленомегалии, поражения печени и забрюшинных лимфоузлов. При гистологическом исследовании установлен диагноз ангиосаркомы.

Наиболее часто диагноз опухоли селезенки устанавливался при спленэктомии. Показанием к спленэктомии была спленомегалия неясного генеза.

После спленэктомии клиническое течение при наличии гиперспленизма характеризовалось нормализацией картины крови, в случае его отсутствия — временным тромбоцитозом.

Сложно дать рекомендации по лечению на основании анализа всего 36 наблюдений. В общем виде лечебная тактика сводится к спленэктомии. В случае лимфопролиферативного заболевания обязательна последующая химиотерапия по общепринятым схемам.

ПРЕНИЯ

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Исследование является ценным вкладом в клиническую онкологию. Дальнейшей разработки требуют вопросы дифференциальной диагностики между первичными и метастатическими опухолями селезенки, а также вопросы лечебной тактики при поражениях селезенки.

Д. В. КОМОВ. Докладчик — И. Ю. Коротких — провела громадную работу в архивах медицинских учреждений. Ею собран уникальный материал, имеющий значительную научную и практическую ценность. Результаты этого исследования должны стать достоянием медицинской общественности.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ (председатель) в заключительном слове высоко оценил содержание научного доклада, а также отметил образцовую форму его представления.

ПРОТОКОЛ № 408 ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (26 мая 1994 г.)

Председатель — проф. А. И. Пирогов
Секретари — канд. мед. наук С. М. Волков
и С. Б. Петерсон, С. С. Герасимов

ПОВЕСТКА ДНЯ

ДОКЛАД

В. И. Чиссов, Т. А. Панкова, Л. А. Вашакмадзе,
С. Л. Дарьялова, Д. В. Сидоров

ВОПРОСЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

МНИОИ им. П. А. Герцена

За 20 лет (1972—1992) в МНИОИ проведено радикальное лечение 440 больных раком прямой кишки, из них 273 хирургическое, а 167 комбинированное лечение. Распределение по стадиям было равноценным. Частота I—II—III стадии (по TNM, 1978) составила 27,9; 40,3; 31,8; 34,1, 30,5, 35,3% соответственно.

Преимущественной гистологической структурой была аденокарцинома (93,8%), в остальных случаях выявлен слизистый рак. Выполнены радикальные операции: внутрибрюшинные (передние) (38) и брюшно-анальные (76) резекции, а также брюшно-промежностные экстирпации (326). Лучевая терапия проведена предоперационно интенсивно-концентрированным курсом (4 Гр x 5) у 100 больных и по схеме динамического фракционирования дозы у 67 больных. Суммарные дозы соответствовали 30 и 36 Гр режима классического фракционирования. Операция выполнялась соответственно через 1—5 и 10—14 дней. Послеоперационная лучевая терапия проведена 46 больным при выявлении метастазов в лимфоузлах (РОД 2 Гр, СОД 24 Гр). Не отмечено влияния предоперационного облучения на непосредственные результаты. Умерли в послеоперационном периоде 29 (6,5%) больных; летальность в анализируемых группах составила 5,9 и 6,9%.

Отдаленные результаты изучены у 400 больных. Прогрессирование опухоли (рецидив) диагностировано у 90 (22,5%) больных. Отмечена достоверно меньшая частота рецидивов после комбинированного лечения ($p < 0,05$). При распространении опухоли в пределах стенки кишки (I стадия) рецидивы выявлены в 12,8% (у 9 из 70 больных), при прорастании висцеральной брюшины и/или распространении на соседние структуры (II стадия) — у 25 из 93 и у 1 из 45 больных (26,8 и 2,2% соответственно). При метастазах в регионарных лимфоузлах (III стадия) рецидивы диагностированы в 44 и 25% случаев (у 15 из 34 и у 6 из 24 больных соответственно).

При сопоставлении показателей продолжительности жизни больных с I стадией заболевания достоверных изменений в 5- и 10-летней выживаемости не отмечено. После хирургического лечения она составила 69,8 и 56,4%, после комбинированного — 71 и 57,1%. Наиболее выражен эффект комбинированного лечения при II стадии — 5-летняя выживаемость со-

ставляла 54,9 и 75%, 10-летняя выживаемость — 34 и 66%. Эффект не проявляется достоверно при метастазах в лимфоузлах: 5-летняя выживаемость составила 23,8 и 34,2%, 10-летняя — 9,7 и 14,1%. В этой связи повышение эффективности комбинированного лечения связывается с увеличением дозы лучевой терапии до 60 Гр (с применением методики SENDVICH).

В проведенном исследовании, кроме изучения значимости глубины инвазии, сделан анализ отдаленных результатов в зависимости от протяженности опухолевого поражения кишки. Выделены группы с протяженностью опухоли до 5 и от 5 до 10 см. Показано, что при одинаковой стадии длина опухоли является важным прогностическим фактором; 5-летняя выживаемость при хирургическом и комбинированном лечении при протяженности опухоли менее 5 см составила 70%, при большей протяженности — 57,8 и 71,4%. Протяженность поражения прямо пропорциональна частоте рецидивов: при опухолях до 5 см она составила 4,7%, свыше 5 см — 25%.

Можно констатировать, что хирургическое лечение достаточно радикально при опухолях протяженностью до 5 см, не распространяющихся за пределы стенки кишки. Назначение лучевой терапии в плане комбинированного лечения не приводит к повышению выживаемости при данной распространенности опухоли. Напротив, при большей распространенности комбинированное лечение эффективно, поскольку достоверно способствует снижению частоты рецидивов и продлению жизни.

Таким образом, приоритетным методом в лечении больных раком прямой кишки является неортодоксальное комбинированное лечение. Оно показано при распространении процесса за пределы органа и включает предоперационную лучевую терапию, а также и послеоперационную лучевую терапию (до СОД 60 Гр) в случае метастазов.

Последующим направлением научного поиска является применение лекарственного лечения с целью воздействия на (отдаленные) метастазы.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

При сравнении результатов хирургического и комбинированного лечения данные о двух методиках лучевой терапии учитывались совместно. Послеоперационная лучевая терапия показана только при метастазах в лимфоузлах.

Возможность сфинктерсохраняющих операций сохранялась при дистальной границе опухоли не ниже 7 см.

Распространенность процесса определялась по TNM (1978) прежде всего на основе оценки глубины инвазии опухоли, а также (в пределах значений символов TNM одной стадии) с учетом протяженности поражения кишки в качестве дополнительного вспомогательного критерия.

Исследование оставалось рандомизированным до обоснования вывода о достоверном снижении частоты рецидивов при комбинированном лечении.

В случае «небольшой» опухоли, но при выявлении метастазов (например при T1—2N1—3M0, в том числе при протяженности поражения менее 5 см) послеоперационная лучевая терапия оправдана, так как она

может способствовать предотвращению метастазирования.

Применение неoadъювантной терапии изучается.

ДОКЛАД

Ю. А. Барсуков, В. И. Кныи, Г. В. Голдобенко,
С. И. Ткачев, А. В. Николаев, С. О. Глухова,
Ф. П. Ким

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОНЦ РАМН

В течение 70—80-х годов в лечении больных раком прямой кишки, по данным ОНЦ, достигнуто снижение частоты послеоперационных осложнений (с 53 до 25%), летальности (с 25 до 4,5%), однако достоверного повышения выживаемости не наступило. Это связывается со значительной частотой прогрессирования процесса, которая достигает 94% от числа умерших за 5-летний срок наблюдения после операции. При этом частота рецидивов как проявлений опухолевого роста в зоне хирургического вмешательства составляет 68%, несмотря на соблюдение мер абластики. Совершенствование результатов лечения в этой связи может быть достигнуто в результате комбинированного лечения. Предоперационная лучевая терапия способствует: 1) «девитализации» резектабельных опухолей и снижению частоты последующего метастазирования; 2) повышению операбельности и резектабельности местно-распространенных опухолей.

Сообщение посвящено первому аспекту проблемы. Лучевая терапия, воздействуя на биологически активные, пролиферирующие клетки по периферии опухоли, составляющие «фракцию роста», а также на клетки в лимфатических путях и клетчатке, способствовала снижению частоты рецидивов. Применялась наиболее эффективная методика РОД 5 Гр х 5 с последующей операцией через 1—3 сут (методика обеспечивала подведение дозы, эквивалентной 40 Гр, в условиях стандартного режима лучевой терапии).

Проведено лечение 489 больных, рандомизированных в группы хирургического и комбинированного лечения (210 и 289 наблюдений). Органосохраняющие операции выполнены в 65,7 и 61,4% случаев. Частота послеоперационных осложнений составила 30 и 35,6%, летальность — 2 и 2,5%. Комбинированное лечение способствовало достоверному снижению частоты рецидивов (23,3 и 11,7%), частота выявления отдаленных метастазов не изменилась (15,2 и 11,2%). Наиболее эффективна предоперационная лучевая терапия при III стадии заболевания; частота рецидивов при данной распространенности процесса составила 28,9 и 11,7%.

Повышение абластичности операций в результате лучевой предоперационной терапии проявилось в улучшении отдаленных результатов: 5-летняя выживаемость составила после хирургического и комбинированного лечения 58 и 72,7%. При I—II стадии различий в выживаемости не отмечено, а при III стадии различия достоверны (49,5 и 70,1%). Таким об-

разом, комбинированное лечение с применением предоперационного интенсивного крупнофракционного облучения является методом выбора при III стадии заболевания.

У 50 больных с метастазами в регионарных лимфоузлах комбинированное лечение было дополнено послеоперационной лучевой терапией. При этом частота рецидивов составила 8% по сравнению с 20% при предоперационной лучевой терапии и 37% при хирургическом лечении. В этой группе, однако, отмечено повышение частоты выявления отдаленных метастазов (до 28%), что объясняется продлением жизни (за счет снижения частоты рецидивов) и дожитием до клинических проявлений отдаленных метастазов. Таким образом, результаты исследования обосновывают целесообразность послеоперационной лучевой терапии у больных с регионарными метастазами.

Изучение клинического течения заболевания после лечения выявляет увеличение частоты рецидивов на 4—5-м году наблюдения, что объясняется реализацией «поздних» проявлений прогрессирования процесса вследствие недостаточной эффективности лучевой терапии. Преодоление радиорезистентности рака прямой кишки связывается с применением различных радиомодификаторов, прежде всего с локальной СВЧ-гипертермией. Сравнительная оценка результатов лечения в двух группах рандомизированного исследования из 68 и 64 больных (1-я — предоперационная гамма-терапия; 2-я — локальная СВЧ-гипертермия в сочетании с предоперационной гамма-терапией) показала снижение частоты рецидивов (13,4 и 3,3%) без достоверных различий в частоте отдаленных метастазов (9 и 4,9%). Пятилетняя выживаемость достоверно различалась при метастазах в регионарных лимфоузлах — 48,6 и 81%. Проведенное исследование позволило отметить важную особенность: применение СВЧ-гипертермии достоверно снижало частоту рецидивов прежде всего при локализации опухолей в нижеампулярном отделе прямой кишки (с 20 до 4,3%), что связывается с благоприятными условиями для воздействия на опухоль. Это обосновывает возможность расширения показаний к органосохраняющим операциям при данной локализации новообразований.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Оценка лучевого патоморфоза удаленных опухолей (по данным проведенного исследования) недостаточна для установления прогностической значимости выявленных изменений.

Проявления проктитов как осложнений СВЧ-гипертермии устранялись в результате консервативной терапии и не приводили к угрожающим жизни состояниям.

При формировании анастомозов применялись аппараты АКА-2, при СВЧ-гипертермии — аппараты «Плот» и «Ялик».

Значительная частота осложнений (50%) после брюшно-промежностных экстирпаций связывается с неблагоприятным воздействием лучевой терапии на рану промежности.

Показания к адъювантной химиотерапии будут определены после оценки ее эффекта в опытах *in vitro*.

ПРЕНИЯ

Проф. Г. В. ГОЛДОБЕНКО. Проведенные исследования обосновывают комбинированное лечение больных раком прямой кишки: лучевая терапия достоверно снижает частоту рецидивов.

Важным условием эффективности комбинированного лечения является срок выполнения операции. Отдаление хирургического вмешательства снижает эффект предоперационного облучения. Операция наиболее эффективна при наибольшей выраженности лучевых повреждений. Суммарная доза, обеспечивающая летальные изменения опухолевых клеток, составляет 70 Гр. Режим лучевой терапии определяется объемом вовлеченных тканей. Применение модификаторов позволяет повысить эффективность облучения.

А. В. ИВАНОВ. При разработке комбинированных методов лечения отмечено, что применение лучевой терапии наиболее целесообразно до выполнения операции. После радикального хирургического вмешательства следует стремиться к использованию лечебных методов, не связанных с прямым повреждающим или цитотоксическим воздействием, прежде всего к применению методов иммунотерапии, например метода лазерной адаптивной фотоиммунотерапии, разработанного в ОНЦ, апробированного в клинике, не имеющего противопоказаний к применению при различных локализациях опухолей. (См.: Купин В. И., Иванов А. В., Буачидзе Л. Н. Способ воздействия на иммунный статус онкологических больных. А. с. 1341768, 1986 // Вестн. оторинолар. — 1990. — № 5. — С. 3—8).

Проф. Е. С. СМЕРНОВА. Проведенные исследования показали эффективность комбинированного лечения при распространении опухоли за пределы стенки кишки. Повышение резектабельности в ряде случаев предоперационных воздействий объясняется уменьшением перифокального воспаления. В этой связи уточнению эффекта лечения будет способствовать правильное стадирование процесса на основе действующей системы TNM (IV пересмотр; 1987).

Проф. В. И. БОРИСОВ. Опыт 20-летних исследований двух ведущих онкологических учреждений России подтверждает необходимость комбинированного лечения при раке прямой кишки и определяет условия, в которых эффективность лучевой терапии недостаточна. К сожалению, отсутствие эффективных препаратов не позволяет проводить комбинированного лечения с применением химиотерапии. Заслуживает внимания местное введение 5-фторурацила как модификатора лучевой терапии. Остается нерешенной проблема лечения при отдаленных метастазах.

Л. А. ВАШАКМАДЗЕ. Проведенные исследования обосновали показания к комбинированному методу, способствовали улучшению результатов лечения. Изучение клинического течения заболевания показало изменение характера метастазирования: метастазы поражают парааортальные лимфоузлы, затем скорее всего распространение метастазов происходит гематогенно. Очаги поражения выявляются отсроченно, в том числе на 4—5-м году наблюдения. Накопление опыта позволит установить роль различных факторов, влияющих на прогноз заболевания, и уточнить возможности лечения.

Проф. В. И. КНЫШ. За время проведения исследований значительно возросла заболеваемость раком прямой кишки (с 7 до 22‰). Отмечен преимущественный рост случаев III—IV стадии. Именно при данной распространенности показано комбинированное лечение, что подтверждено результатами представленных работ.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) подвел итоги обсуждения, отметив, что современное лечение больных местно-распространенным раком прямой кишки является комбинированным, т. е. включающим проведение предоперационной лучевой терапии и операции, а также при выявлении метастазов — продолжение послеоперационного облучения.

ПРОТОКОЛ № 409 ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА, ПОСВЯЩЕННОГО ПАМЯТИ ПРОФ. Б. Е. ПЕТЕРСОНА (9 июня 1994 г.)

*Председатель — проф. А. И. Пирогов
Секретари — канд. мед. наук С. М. Волков
и С. Б. Петерсон, С. С. Герасимов*

П О В Е С Т К А Д Н Я

ДОКЛАД

*А. С. Мамонтов, А. И. Бенеvский, В. Г. Вереvцагин,
Ю. Б. Высоцкий*

КОМБИНИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

МНИОИ им. П. А. Герцена

Изложены сведения о 100 больных, леченных в 1982—1994 гг. Данные исследования анализированы по классификации, применяемой в МНИОИ им. П. А. Герцена.

Типичной операцией являлась экстирпация пищевода с эзофагогастропластикой и формированием пищевода-желудочного анастомоза на шее. Операция считалась комбинированной при резекции кроме пищевода прилежащих тканей — медиастинальной плевры, желудка, адвентиции аорты. При анализе результатов операций рассматривались все проявления клинического течения заболевания, например пневмонии, нагноения послеоперационной раны учитывались в числе послеоперационных осложнений. Таким образом, частота осложнений в послеоперационном периоде составила 56% при непосредственной летальности 10%. Летальные исходы в существенной мере были обусловлены сопутствующими заболеваниями, особенно значимыми у пожилых и ослабленных больных. После комбинированных операций 5-летняя выживаемость составила 17%.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Комбинированной считалась операция, при которой кроме резекции пищевода и медиастинальной лимфаденэктомии выполнялась резекция прилежащих

к очагу поражения анатомических образований. При резекции адвентиции аорты резецированный участок укрывался медиастиальной плеврой.

Комбинированный характер выполненных операций подтверждался результатами морфологического исследования удаленного препарата.

Учитывались все осложнения хирургических вмешательств, в том числе и нагноение раны, поскольку это осложнение отражает тяжесть операций данного объема у истощенных, ослабленных больных.

Характер и частота осложнений после комбинированных операций принципиально не отличались от таковых при стандартных операциях.

П Р Е Н И Я

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Концепция комбинированных операций предполагает, что резекция дополнительных анатомических образований требует выполнения сложных технических приемов, изменяет течение обычной, «стандартной» процедуры; при этом расширение границ хирургического вмешательства может существенно повлиять на исход операции и на прогноз заболевания. Например, комбинированная операция при раке пищевода с поражением адвентиции аорты предполагает в качестве адекватного объема хирургического вмешательства резекцию пищевода с резекцией аорты, что, очевидно, сопровождается изменением стандартного хода операции и чревато возрастанием риска осложнений. Операция по поводу рака пищевода является комбинированной при резекции легкого, трахеи и бронха, предсердия, перикарда на значительном протяжении (в связи с этим считать операцию комбинированной при резекции таких образований, как «плевра», «лимфатический проток», «ткань в области пищеводного отверстия диафрагмы» и др., по меньшей мере несерьезно).

При анализе результатов комбинированных операций следует учитывать специфичные осложнения, характерные для этого типа хирургических вмешательств. Анализ осложнений должен отражать объем и характер операций. Так, в клинике ОНЦ выполнены резекции пищевода, комбинированные с резекцией нескольких колец трахеи. Двое больных умерли от артериального кровотечения вследствие недостаточности швов трахеального анастомоза. Очевидна специфичность этого осложнения и конкретность возможных мер его профилактики.

В. М. КУХАРЕНКО. Необходима большая конкретизация в трактовке анализируемых операций и их осложнений.

Проф. А. Х. ТРАХТЕНБЕРГ. Имеется тенденция к расширению границ хирургических вмешательств, в частности — нарастающая частота выполнения комбинированных резекций пищевода и легкого. Во многих случаях резекции обусловлены «техническими причинами» — вовлечением прилежащих анатомических образований в воспалительный инфильтрат, сращенный с опухолью. Разумеется, истинные комбинированные операции должны подтверждаться морфологическим заключением при исследовании удаленного препарата.

Проф. Е. С. СМЕРНОВА. Комбинированными операциями при раке пищевода должны считаться все хирургические вмешательства, при которых вы-

полнялась резекция прилежащих анатомических образований как в связи с прорастанием в них опухоли, так и при их вовлечении в воспалительный инфильтрат. При анализе результатов должны учитываться все осложнения, в том числе и нагноение раны (любое осложнение есть осложнение). Анализ должен проводиться по общепризнанным классификациям, иначе результаты исследований становятся несопоставимыми.

Проф. А. С. МАМОНТОВ. Многолетний опыт хирургического комбинированного лечения позволяет утверждать, что объем вмешательств существенно возрос за последнее время. В представленных наблюдениях резекций пищевода и плевры, например, речь идет об иссечении обоих медиастинальных листов с образованием единой плевральной полости. Это делает оправданным отнесение указанных операций к группе комбинированных.

Несмотря на то, что не все осложнения комбинированных операций являются специфичными для данного типа хирургических вмешательств, их обобщение оправдано, так как позволяет установить общий суммарный показатель осложненного течения послеоперационного периода и сопоставить его с аналогичным показателем после стандартных операций. Кроме того, указанный подход имеет значение для планирования и ведения послеоперационного периода.

Альтернативой комбинированных хирургических вмешательств являются эксплоративные торакотомии. При анализе работы онкологических учреждений следует сопоставлять частоту комбинированных и эксплоративных операций.

Вопросы, затронутые при обсуждении доклада, станут поводом для последующего более тщательного анализа.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) обобщил результаты обсуждения, отметив правомерность всех высказанных точек зрения. Отмечено также пожелание учесть аргументированность критических замечаний по вопросам применяемых терминов, классификаций, а также методологии анализа полученных результатов.

ДОКЛАД

*М. И. Давыдов, В. М. Кухаренко,
А. А. Баймухамедов, А. Б. Германов,
И. С. Стилиди, В. А. Кузьмичев, А. С. Аллахвердян*

КОМБИНИРОВАННЫЕ И РАСШИРЕННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ РАКЕ

ОНЦ РАМН

Проанализированы результаты 519 операций 1983—1993 гг. (Суб)тотальное поражение желудка отмечено у 18,2% больных, во всех случаях опухоль распространялась на пищевод. У 43 (8,3%) больных при морфологическом исследовании установлено ограниченное поражение, соответствовавшее I—II стадиям; в 2/3 случаев (69,2%) диагностирована III стадия заболевания. Почти у каждого четвертого (22,5%) оперированного в результате лимфаденэктомии выявлены

метастазы в бифуркационных, парааортальных и/или верхних брыжеечных лимфоузлах, что соответствовало IV стадии процесса.

Выполнено 68,2% проксимальных резекций и 31,8% гастрэктомий. Ретроспективная оценка характера хирургических вмешательств в зависимости от объема резекции и лимфодиссекции показала, что стандартные операции выполнены у 268 (51,6%), расширенные — у 112 (21,6%), комбинированные (комбинированно-расширенные) — у 139 (26,8%) пациентов.

Определение «стандартной» и «расширенной» операции предусматривает применение терминов, так называемых уровней радикальности (или критериев радикализма) — R0, R1, R2, R3, а также использование «Классификации лимфоузлов», разработанной Японским противораковым обществом.¹ В классификации выделяются, в частности, 16 групп забрюшинных лимфоузлов: паракардиальные (1—2), малой и большой кривизны желудка (3—4), супра- и субпилорические (5—6); лимфоузлы левой желудочной (7), общей печеночной (8) артерий, чревного ствола (9), ворот селезенки и селезеночной артерии (10—11), гепатодуоденальной связки (12), ретропанкреатодуоденальные (13), корня брыжейки тонкой кишки (14), средней кишечной артерии (15) и парааортальные (16). Локализация метастазов соответственно N1 и N2 при кардиоэзофагеальном раке определяется группами лимфоузлов 1—4 и 7—11, 13. Поражение остальных групп расценивается как N1. Уровень радикальности R1 предусматривает удаление лимфоузлов соответственно N1, R2 — удаление N2, при уровне R3 предусматривается удаление метастазов, которые являются для данной локализации отдаленными. При кардиоэзофагеальном раке выполнение лимфаденэктомии уровня R2 является стандартным объемом хирургического вмешательства на путях лимфооттока (без учета медиастинальной лимфодиссекции). Чтобы считать операцию расширенной, следует повысить уровень радикальности (до R3).

Операция может быть признана радикальной, если в наиболее отдаленных лимфоузлах, включенных в уровень лимфодиссекции (R), при морфологическом исследовании не обнаружено метастазов. Их выявление делает операцию условно радикальной.

При комбинированных операциях кроме спленэктомии (56 больных, 40,3%) выполнялась резекция поджелудочной железы (40, 28,8%), а также левого надпочечника, диафрагмы, легкого. Морфологическое исследование не подтвердило опухолевого поражения резецированных органов у каждого второго больного.

Выполнение расширенной лимфодиссекции не приводило к специфическим осложнениям. Резекции поджелудочной железы сопровождались большей частотой панкреатитов и панкреонекрозов.

Среди причин летальных исходов в послеоперационном периоде 51,4% составили «терапевтические», а 48,7% — «хирургические» осложнения. К первым относятся преимущественно легочно-сердечная и сердечно-сосудистая недостаточность, ко вторым с равной частотой — недостаточность швов анастомо-

зов, панкреонекрозы и поддиафрагмальные абсцессы. В целом расширенные и комбинированные операции не привели к существенному повышению частоты осложнений и летальности. Это подтверждает целесообразность их выполнения, способствует более точному определению стадии и прогноза заболевания; в случае паллиативного характера операции хирургическое вмешательство устраняет дисфагию и другие тягостные местные проявления болезни, создает лучшие условия для проведения химиотерапии.

Изучение отдаленных результатов подтвердило прогностическую значимость метастатического поражения регионарных лимфоузлов и прорастания серозной оболочки желудка.

Очевидно, что сопоставление показателей 3- и 5-летней выживаемости после расширенных и комбинированных операций с показателями продолжительности жизни после стандартных операций требует рандомизированного исследования. Данные ОНЦ выявляют тенденцию к повышению выживаемости после расширенных и комбинированных вмешательств.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Медиастинальная и забрюшинная лимфаденэктомия второго уровня радикальности (R2) является обязательным компонентом радикальной операции по поводу кардиоэзофагеального рака. Именно этот компонент хирургического вмешательства (сравнительно со стандартным объемом лимфаденэктомии) позволяет существенно повысить радикализм и улучшить отдаленные результаты. Данные литературы свидетельствуют об увеличении 5-летней выживаемости в случае выполнения адекватной лимфаденэктомии, несмотря на значительную местную (метастатическую) распространенность опухоли.

Оценка наблюдений, в которых при плановом гистологическом исследовании не было обнаружено метастазов в удаленной клетчатке и лимфоузлах, позволяет заключить, что, во-первых, в этих случаях установлен диагноз I стадии заболевания; во-вторых, возможно в этих случаях и меньший объем лимфодиссекции мог бы быть радикальным; в-третьих, учитывая ретроспективный характер заключения, установить, что иным способом кроме лимфаденэктомии уровня R2 (не ниже) диагностировать I стадию процесса и подтвердить радикализм вмешательства невозможно.

Третий уровень радикальности лимфаденэктомии (R3) выполняется при значительной (местной) распространенности процесса. Операции данного объема не являются паллиативными, несмотря на сравнительно неблагоприятный прогноз. Они могут быть расценены как условно радикальные. При этом в каждом таком случае имеется вероятность достижения онкологического радикализма (и клинического излечения).

Целесообразность лимфаденэктомии обосновывается снижением частоты проявлений прогрессирования процесса в зоне операции, а также повышением показателей выживаемости.

Критерием радикальности операции может быть отсутствие метастазов в последней по отдаленности от опухоли группе удаленных лимфоузлов. Радикализм хирургического вмешательства может быть подтвержден отсутствием прогрессирования процесса в течение

¹ См. материалы заседаний Общества № 383 (23.04.92), № 398 (29.04.93).

3—5 лет после операции (5-летний срок переживают 90% от числа проживших 3 года).

Лимфаденэктомия не сопровождалась повышением частоты осложнений. Летальные исходы в отдаленные сроки были обусловлены преимущественно гематогенным прогрессированием процесса.

Стадии процесса определялись по TNM (IV пересмотр, 1987); критерий Т устанавливался преимущественно по глубине инвазии опухоли, критерий N — по результатам гистологического исследования удаленной клетчатки и лимфоузлов.

Вопрос о достаточности лимфаденэктомии для достижения онкологического радикализма или необходимости ее дополнения адъювантной химио(лучевой) терапией может быть решен в результате проспективного рандомизированного исследования.

ПРЕНИЯ

Л. А. ВАШАКМАДЗЕ. Как видно из доклада, в ОНЦ серьезно изучается лимфогенное метастазирование кардиоэзофагеального рака. Однако предлагаемая в качестве лечебного мероприятия лимфаденэктомия уровня R2—R3 должна быть обоснована не только данными литературы², но и отдаленными результатами.

Проф. А. Х. ТРАХТЕНБЕРГ. Лимфаденэктомия выполняется как обязательный компонент хирургического лечения при злокачественных новообразованиях различных локализаций. Она становится «лечебной», если в удаленном препарате выявляются метастазы, и признается «профилактической» в тех случаях, когда метастазы в клетчатке и лимфоузлах при морфологическом исследовании не выявляются. Заслуживает всестороннего изучения судьба оперированных в объеме радикального хирургического вмешательства с полной лимфаденэктомией, у которых в удаленной клетчатке и лимфоузлах не выявлено метастазов. Это позволит дать ответ на вопрос о том, в какой степени лимфаденэктомия влияет на отдаленные результаты.

Тщательность исследования удаленного препарата становится показателем профессионализма медицинского учреждения. Сделанный доклад может быть повторен и на более представительном хирургическом форуме.

А. Б. ГЕРМАНОВ. В связи с обсуждением влияния лимфаденэктомии на радикализм хирургического вмешательства можно привести данные литературы о том, что у 10—15% больных «ранним» раком желудка выявляются метастазы в лимфоузлах, а также о том, что лимфаденэктомия повышает радикальность операции.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Операцию следует считать радикальной, если в самом отдаленном из уда-

ленных лимфатических коллекторов при морфологическом исследовании не выявлено метастазов, т. е. если операция выполнена в объеме превентивной лимфаденэктомии. В этой связи обоснованно возникает вопрос о том, что означает термин «расширенная» операция. Очевидно, это операция с большим, чем это обуславливается распространенностью процесса, уровнем радикальности. Для подавляющего числа наблюдений при раке желудка это уровень радикальности, соответствующий общепризнанному показателю «R3—lymph node dissection», при котором удаляется клетчатка и лимфоузлы 16 групп, локализованных не только соответственно N1—2, но и в области брыжейки тонкой и поперечной ободочной кишки, а также парааортально.

Удаление клетчатки и лимфоузлов соответственно уровню радикальности R3 не может предоставить лимфогенного метастазирования опухоли, прорастающей серозу и, следовательно, распространяющейся по многочисленным лимфатическим сосудам в условиях нарушенного, измененного лимфооттока прежде всего у больных молодого возраста с более интенсивным лимфообращением. Однако выполнение расширенных (уровня R3) операций существенно повышает вероятность достижения онкологического радикализма сравнительно с операциями в объеме стандартной лимфодиссекции.

Возникшая дискуссия обуславливает решение вопроса о расширении границ хирургических вмешательств на путях лимфооттока в зависимости от обоснованности этой процедуры отдаленными результатами и данными литературы. Но ссылки на опыт расширенных операций прошлых десятилетий неубедительны, поскольку в прошлом по существу не выполнялись операции, которые могли бы быть признаны расширенными с точки зрения современных представлений. Фактически расширенные операции прежних десятилетий следует признать паллиативными. В клинике ОНЦ за стандарт «радикальных» и «расширенных» признаны операции 90-годов, которые, например, засняты в научных видеофильмах и могут быть предложены вниманию желающих.³

Вопросы хирургии кардиоэзофагеального рака, безусловно, требуют обсуждения, но прежде всего обсуждения в кругу специалистов-профессионалов, к которым относятся коллективы наших двух ведущих онкологических учреждений. Однако такие обсуждения предполагают в качестве неперемennого условия наличие опыта анализируемых операций.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) обобщил высказанные положения, призвав накапливать опыт расширенных и комбинированных хирургических вмешательств.

² См. материалы заседаний Общества № 383 (23.04.92), № 398 (29.04.93).

³ Там же.

SPONSORED BY


Pharmacia
Kabi-Farmitalia Carlo Erba