

ХРОНИКА

ПРОТОКОЛ № 410 ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (29 сентября 1994 г.)

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

ПОВЕСТКА ДНЯ: ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ДОКЛАД

В. П. Летагин, Г. В. Летагина, В. М. Иванов

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Отделение опухолей молочной железы ОНЦ РАМН

Проанализированы 3600 наблюдений 1981—91 гг. Частота стадий I—IIA; IIB; III составила соответственно 41,4; 22,1; 36,5%.

При I—IIA стадии (1491 наблюдение) выполнено 1000 мастэктомий, по Patey, и 491 «радикальная резекция» (квадрантэктомия). В 105 случаях радикальная резекция дополнялась послеоперационной лучевой терапией. При локализации опухоли в медиальных отделах радикальная резекция дополнялась внутритканевой лучевой терапией.

При IIB стадии (795 наблюдений) проводилось комбинированное лечение. У 45 больных выполнена радикальная резекция с послеоперационной лучевой терапией, а у 750 — мастэктомия, по Patey, с последующей химиотерапией CMF (6 курсов). В случае рецептор-положительных опухолей лечение дополнялось применением антиэстрогенов (тамоксифен).

При III стадии (1314 наблюдений) в плане комбинированного лечения проводилось предоперационно: 1) лучевая терапия в дозах до 50 или 50—70 Гр в различных режимах фракционирования дозы; 2) неоадьювантная химиотерапия — схемы CMF, VAM, CMFVP, VCAF, CMFAV; 3) различные сочетания химиолучевого лечения.

Затем выполнялась мастэктомия, по Patey (расширения объема операции до мастэктомии, по Halstead, не потребовалось, что объясняется эффектом предоперационного лечения). В последующем продолжалась химиотерапия до 6 курсов CMF.

При рецептор-положительных опухолях (при РЭ и РП свыше 10 ммоль/мг белка) назначалась гормонотерапия тамоксифеном в дозе 20 мг/сут; при этом в случае необходимости выполнялось прекращение менструальной функции хирургическим или лучевым методом.

Оценка эффективности лечения проводилась по критериям общей и безрецидивной продолжительности жизни. Пятилетняя выживаемость при I—IIA; IIB; III стадиях составила 88,6; 76,7; 63,8% соответственно. Без проявлений опухолевого процесса пережили 5-летний срок 85,4; 73,4; 41,5% пациентов соответственно.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Антиэстрогены могут быть назначены после овариоэктомии в послеоперационном периоде. Овариоэктомия, однако, может быть заменена лучевым выключением функции яичников.

Наиболее рациональной операцией при раке молочной железы I стадии с локализацией опухоли во внутреннем квадранте является радикальная резекция с подмышечной лимфаденэктомией, выполняемая из двух отдельных доступов (разрезов). В последующем обязательно радиохирургическое воздействие.

ДОКЛАД

Е. Н. Малыгин, В. Н. Герасименко, Г. А. Шиянов,
А. В. Братик

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОНКОЛОГИИ

Отделение восстановительного лечения ОНЦ РАМН

Реконструкция молочной железы не снижает онкологического радикализма хирургического лечения, способствует психологической реабилитации. В течение 70-х и в начале 80-х годов применялись силиконовые эндопротезы и экспандеры. Выполнено 227 операций. Прослежена судьба 170 больных; при этом не выявлено повышения частоты прогрессирования процесса, подтверждена реабилитация оперированных (23,8% из них вышли замуж).

С 1984 г. начато внедрение в клиническую практику реконструкции железы с применением аутоканей. Наиболее перспективным признано использование нижнего, поперечного кожно-мышечного лоскута передней брюшной стенки с фрагментом двух прямых мышц живота. Выполнено 56 отсроченных и 11 первичных пластических операций. Прослежена судьба 67 оперированных. Выявлено 2 рецидива, по поводу которых проведено хирургическое лечение с адьювантной химиолучевой терапией. Осложнения отмечены у 13 больных: краевой (8) и полный (1) некроз кожно-мышечного лоскута, некроз кожи живота (2), сочетание этих некротических осложнений (2).

Наши наблюдения показывают, что каждая третья женщина не смирилась с утратой железы и будет добиваться ее реконструкции. Для этой группы (порядка 30% от числа оперированных в объеме мастэктомии) маммопластика может быть выполнена одномоментно либо отсроченно в течение 3—6 мес после мастэктомии. Непосредственные и отдаленные результаты маммопластики удовлетворительные; накопленный опыт позволяет дать заключение о том, что противопоказания для реконструкции железы не установлены. Напротив, показания к ней следует расширять: данные статистики показывают, что каждая четвертая женщина после мастэктомии теряет мужа, и в то же время, по нашим наблюдениям, каждая четвертая женщина после реконструкции железы выходит замуж (23,8%).

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Рецидивы выявлены у 2 (3%) из 67 больных. В этих случаях операции выполнялись в стадии T4N1M0.

Подкожная мастэктомия не выполнялась, поскольку она не обеспечивает радикализма.

Реконструкция соска и ареолы выполняется отсечением, через 3—6 мес после пластики железы. Материалом для ареолы является часть ареолы здоровой железы или кожа нахальной складки; для соска — часть соска здоровой железы или фрагмент малой половой губы.

Маммопластика с применением микрохирургической техники не применяется, так как мы стремимся к максимальному упрощению реконструктивной операции.

Денервация мышц, использованных для реконструкции железы, не выполняется. В этом нет необходимости: через 3—6 мес происходит мышечная атрофия.

ДОКЛАД

С. Н. Блохин, С. М. Портной, К. П. Лактионов,
И. В. Коптяева

ПЕРВИЧНАЯ ПЛАСТИКА АУТОТКАНЯМИ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Отделение общей онкологии ОНЦ РАМН

Хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях молочной железы сопряжено с косметическими и психологическими проблемами. Это обуславливает целесообразность первичной маммопластики аутоотканями. В ОНЦ выполнены 33 органосохраняющие (органопластические) операции при раке молочной железы; в том числе: секторальные экцизии с подмышечной лимфаденэктомией с двусторонней редукционной маммопластикой (7) либо — односторонней реконструкцией поперечным лоскутом из одной прямой мышцы живота (6); подкожные мастэктомии с подмышечной лимфаденэктомией и маммопластикой поперечным лоскутом из одной (1) или двух (1) прямых мышц живота; радикальные мастэктомии с сохранением большой грудной мышцы и маммопластикой поперечным лоскутом из одной (1) или двух (17) прямых мышц живота. У больной саркомой железы выполнена мастэктомия с удалением большой грудной мышцы и маммопластикой лоскутом из двух прямых мышц живота.

Осложнения отмечены у 4 больных; в том числе — краевой некроз кожи перемещенного лоскута (2) и кожи живота (1), послеоперационная грыжа брюшной стенки, постлучевой фиброз ткани железы.

Реконструктивный компонент операции не препятствовал комбинированному лечению (лучевая терапия проводилась 33, а химиотерапия CMF — 11 больным) и позволял добиться хорошего косметического результата.

ДОКЛАД

А. М. Боровиков

ОПЫТ МАММОПЛАСТИКИ В ЦНИИП

ЦНИИ протезирования и протезостроения

Мобилизация поперечного лоскута из прямых мышц живота (в нижних отделах), на обеих мышечных ножках причиняет слишком большой ущерб мышечно-апоневротическому каркасу. В ЦНИИП успешно выполняется тотальная маммопластика на единственной контрлатеральной мышечной ножке с включением всей кожной территории лоскута. В связи с тем, что дистальная часть такого лоскута испытывает (венозную) сосудистую недостаточность, может быть применено анастомозирование сосудов дистальной части лоскута, включая подмышечные сосуды, с применением микрососудистой техники. В отдаленные сроки после мастэктомии это сопряжено с техническими трудностями из-за рубцов и/или постлучевого фиброза. Поэтому безусловно приоритетной является одномоментная мастэктомия и маммопластика.

ПРЕНИЯ

И. В. СЕЛЮЖИЦКИЙ (ГВКГ им. Н. Н. Бурденко). Имеется несколько эффективных модификаций предоперационной лучевой

терапии. В ГВКГ применяется методика 6 Гр x 5 фракций, что эквивалентно 30 Гр по изодозе. Методика апробирована, доказаны ее безопасность и эффективность (в плане комбинированного лечения). Есть ли преимущества у иных лучевых воздействий, о которых сообщается в докладах специалистов ОНЦ?

А. К. ШАМИЛОВ (Отделение радиохимики ОНЦ). Эффективность предоперационной дистанционной гамма-терапии показана многими исследованиями. В клинике радиохимики ОНЦ с 1981 г. выполнено около 2000 радикальных операций с предоперационным облучением железы и зон лимфооттока. При II стадии — по 7 Гр 2 раза, а при III по 5 Гр 4 раза. Операции выполнялись на следующий день после окончания облучения. Отмечено усиление лимфогенеза, сложность заживления раны; но комбинированное лечение характеризовалось уменьшением частоты рецидивов и регионарных метастазов. Осложненное течение послеоперационного периода коррелировало с возрастом дозы предоперационного облучения. В связи с этим выбор рациональной методики лучевой терапии должен обосновываться данными радиобиологического патоморфоза.

Н. Е. МАХСОН (Онкологическая больница № 62). Мнение о том, что 70% больных раком молочной железы не согласны на дополнительный риск реабилитационных операций не соответствует действительности. На практике маммопластика может быть применена большему числу больных, поэтому важно развивать реконструктивную хирургию молочной железы. Наиболее перспективной является первичная маммопластика кожно-мышечным лоскутом из брюшной стенки с применением микрохирургической техники.

Проф. В. П. ДЕМИДОВ (МНИОИ им. П. А. Герцена). Накопление опыта меняет главное направление научно-практического поиска. Сообщения о достижениях высоких показателей 5- и 10-летней выживаемости при раке молочной железы сменяются заботой о качестве жизни пациентов, социологическими исследованиями о влиянии реабилитационных мероприятий на семейное положение оперированных.

Тема заседания достойна большой конференции. Докладчикам удалось отразить суть произошедших изменений: вместо «калечных» операций выполняются «функционально-щадящие» вмешательства. Они отвечают трем основным критериям: абластичности, сохранению функции руки, сохранению условий для (последующей) маммопластики.

Опыт МНИОИ им. П. А. Герцена 90-х годов (совместно с Институтом хирургии им. А. В. Вишневского) — более 1000 «экономных» и более 100 реконструктивных операций — подтверждает закономерности, отмеченные в представленных докладах.

Проф. А. А. ВИШНЕВСКИЙ (Институт хирургии им. А. В. Вишневского). По мере накопления опыта маммопластики появляется возможность оценить функциональные последствия различных вариантов реконструкции молочной железы. Становится очевидной, например, необходимость денервации перемещаемого фрагмента широчайшей мышцы спины. Иначе, при сокращении широчайшей мышцы (скажем, во время занятий плаванием) начнутся содружественные движения во фрагменте мышцы на месте молочной железы.

Хороший косметический результат, кроме маммопластики прямой мышцей живота, может быть получен при реконструкции утраченной железы из оставшейся железы. Этот вариант наиболее приемлем при макромастии.

Проф. Е. С. СМЕРНОВА (Российский Университет Дружбы народов). Маммопластика имеет большое значение для личной жизни и социальной реабилитации больной. В законодательстве Германии мастэктомия является основанием для развода, в законодательстве Японии, напротив, — запретом развода. В литературе отмечено, что сохранение семьи, наряду с реабилитационными мероприятиями, способствует продлению жизни на 15—18%.

И. В. РЕШЕТОВ (МНИОИ им. П. А. Герцена). Необходимо накопление опыта маммопластики для определения показаний к различным вариантам реконструктивных операций в зависимости от условий выполнения реабилитационного этапа.

А. С. БУРЛАКОВ (Онкологическая больница № 62). Дискуссия позволяет отметить, что в России проходит накопление материала

по реабилитации больных, в то время как уже имеющиеся данные подтверждают наибольшие преимущества первичной пластики поперечным лоскутом с использованием прямых мышц живота. Это подтверждается и результатами работы хирургов больницы № 62.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (*председатель*) в заключительном слове отметил, что успех лечения больных раком молочной железы определяется применением комбинированных и реабилитационных методов.

ПРОТОКОЛ № 411 ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (27 октября 1994 г.)

Председатель — проф. А. И. Пирогов
Секретари — канд. мед. наук В. А. Шатихин,
С. М. Волков

ПОВЕСТКА ДНЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

ДОКЛАД

Б. М. Алиев, А. М. Гарин,
Т. П. Чуприк-Малиновская

ЛУЧЕВОЕ И ХИМИЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ НОСОГЛОТКИ

ОНЦ РАМН; Медицинский Центр при правительстве РФ

При раке носоглотки у 70% больных диагноз устанавливается в течение первых 3 мес; за этот срок частота III—IV стадии достигает 90%; однако химиолучевое лечение позволяет добиться 40—50% 5- и 10-летней выживаемости. (В случае полной регрессии опухолей 5—10-летняя выживаемость достигает 82%). Высока частота рецидивов, но они также поддаются лечению. Разительные результаты могут быть объяснены адекватным объемом лечебных воздействий.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Выявлен лишь один больной I стадией заболевания.

Значение химиотерапии в улучшении результатов лечения проявляется в случае ее назначения при недифференцированных формах опухолей.

Результаты лечения при плоскоклеточном, недифференцированном раке аналогичны таковым при недифференцированном раке.

Дробление дозы позволяет уменьшить лучевые реакции.

Перспективы улучшения метода заключаются в повышении СОД, подборе адекватного сочетания химио- и лучевой терапии, применении препаратов платины и адриамицина.

При длительном наблюдении за больными лишь у двух выявлены метастатические новообразования (хронический лимфолейкоз).

ДОКЛАД

В. Ж. Бржезовский, В. Л. Любаев,
В. В. Шенталь, А. И. Пачес, Н. А. Абдуллин,
В. П. Бойков, Т. Д. Таболинская,
В. А. Шатихин, И. Н. Пустынский,
Н. Е. Единак, Е. Г. Вакуловская

ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Отделение опухолей головы и шеи ОНЦ РАМН

Длительная внутривенная инфузионная химиотерапия с применением платиднама и 5-фторурацила проведена 85 больным местно-распространенным раком слизистой оболочки полости рта и

рогозлотки III—IV стадий. У 43 больных (51%) отмечен объективный лечебный эффект. Продолжение химиолучевого лечения на втором этапе у 36 больных выявило дальнейшую регрессию опухоли и достижение полной регрессии при СОД 60—65 Гр. При отсутствии эффекта после первого курса продолжение химиотерапии оказалось бесперспективным. Результаты исследования, таким образом, позволяют считать, что в случаях частичного эффекта (менее 50%) продолжение консервативного лечения нерационально. В этих случаях следует оценить возможность хирургического лечения. Напротив, регрессия более 50% является высокоинформативным прогностическим фактором и позволяет рекомендовать продолжение химиотерапии.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В случае достижения полного эффекта в результате химиотерапии консервативное лечение следует дополнить лучевой терапией по радикальной программе.

Эффект химиотерапии признан имеющим прогностическое значение для оценки лучевой терапии при анализе результатов в группе из 30 больных.

Действительно, термин «дно полости рта» включает несколько зон с различной радиочувствительностью тканей и подразумевает необходимость в различных дозах, необходимых для достижения эффекта, однако применение термина оправдано.

ДОКЛАД

В. О. Ольшанский, Л. Г. Кожанов,
А. М. Сдвижков, Е. И. Трофимов,
П. Г. Битюцкий, И. В. Решетов, И. В. Соколов,
С. Л. Дарьялова, А. В. Бойко

СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НОВЫЕ РЕШЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

МНИОИ им. П. А. Герцена

Лечение опухолей головы и шеи предусматривает решение двух сочетанных проблем — радикализма операции (эффективность лечебной процедуры) и адекватности (полноценности) реабилитации. Наличие проблем стимулирует принятие решений. Примерами новых решений давних проблем является применение аллопротезов (stents) при стенозах гортани и трахеи, выполнение эндоларингеальных операций по поводу рака I—II стадии; применение лазеров, а также хирургических методов реабилитации.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Протезы (stents) гортани позволяют восстановить дыхание и функцию гортани. Показания к их применению сейчас вырабатываются.

ДОКЛАД

Т. Д. Таболинская, А. И. Пачес, Г. В. Голдобенко,
С. И. Ткачев, Н. А. Абдуллин, В. Л., Любаев,
В. В. Шенталь, В. П. Бойков, И. Н. Пустынский,
В. Ж. Бржезовский, В. А. Шатихин

РОЛЬ ГИПЕРТЕРМИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛОННЫХ ЖЕЛЕЗ

Отделение опухолей головы и шеи ОНЦ РАМН

Локальная электромагнитная гипертермия в сочетании с дистанционной гамма-терапией в плане комбинированного лечения при злокачественных опухолях слонных желез проведена 46 боль-

ным. У 40 больных проведена только лучевая терапия. Сравнительная оценка результатов лечения показала эффективность терморадикотерапии, особенно при поражении больших слюнных желез. Наиболее чувствительными к терморадикотерапии оказались цистаденоидная карцинома и плоскоклеточный рак. У 90% больных наблюдалась 50—100% регрессия опухоли. При мукоэпидермоидной карциноме отмечено от 50 до 75% регрессии у 62% больных. Результаты исследования позволяют рекомендовать продолжение терморадикотерапии цистаденоидной карциномы, имеющей размеры до 4 см. В остальных случаях на втором этапе лечения рекомендуется операция.

ДОКЛАД

М. А. Кропотов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Отделение опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей
ОНЦ РАМН

Проанализированы 149 случаев с поражением верхней (57,7%) и нижней (42,3%) челюсти. Отмечены остеогенные саркомы (22%), хондросаркомы (21%), злокачественные фиброзные гистиоцитомы и рабдомиосаркомы (9—7%). Оперированы 117 больных, в том числе получили комбинированное лечение, что позволило добиться 49,5% 5-летней выживаемости. Химиолучевое лечение лишь в отдельных случаях, при высокочувствительных формах опухолей, может привести к полной регрессии и благоприятному прогнозу.

Рецидивы отмечены у каждого второго (третьего) больного. Основное условие радикальности операции — отсутствие элементов опухоли по линии резекции. Повторные операции при рецидивах выполнены 17 больным. У каждого второго из них (50,4%) удалось добиться 5-летней выживаемости.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проф. Е. Г. МАТЯКИН (зав. отделением клинической фармакологии ОНЦ РАМН). Результаты сообщений подтверждают прогресс в решении анализируемых проблем.

Из первого доклада видно, что обобщенные показатели 5-летней выживаемости за последнее время возросли вдвое — с 30 до 60%, но достигнутые результаты могут быть улучшены за счет совершенствования схем химиотерапии. Во втором докладе представленные сведения могут быть подвергнуты критике — как по форме представления, так и по содержанию. Следует изложить подробнее данные о химиотерапии. В третьем докладе отражены поиски и находки многих исследователей. Следует поддержать применение аллопротезов (stents) при опухолевых стенозах дыхательных путей.

Проф. А. М. ГАРИН (зав. отделением клинической фармакологии ОНЦ РАМН). Следует отметить факт 50% излечений без операций при раке носоглотки, а также сделать замечание о необходимости более точного представления данных о химиотерапии (химиотерапия гетерогенна).

Неоадьювантная химиотерапия при раке полости рта показана и для того, чтобы доказать истинность полной регрессии опухоли. Кроме того, химиотерапия позволяет уменьшить объем последующей операции.

Проф. В. В. ШЕНТАЛЬ (зав. отделением опухолей головы и шеи ОНЦ РАМН). В докладе нашего отделения отражен исторический аспект работы над проблемой. Предоперационная лучевая терапия дает 30% регрессии опухолей. Химиотерапия препаратами платины характеризуется высокой эффективностью — 60% больных живут длительный срок без калечащей операции.

Проф. Г. В. ГОЛДОБЕНКО (зав. отделением лучевой терапии ОНЦ РАМН). Для улучшения результатов лучевой терапии при

опухолях головы и шеи имеет значение метод подведения дозы. В первом докладе продемонстрировано грамотное применение лучевой терапии. Авторы разработали новые подходы к решению проблемы — рациональные способы фракционирования (супрафракционирование, ускоренное фракционирование). Это позволяет увеличить дозу до 70—80 Гр. Заслуживает внимания представленный показатель 5-летней выживаемости 68% при III—IV стадии заболевания. Дальнейшие перспективы метода связываются с разработкой путей воздействия на регионарные лимфоузлы. Применение комбинированного химиолучевого лечения способствует повышению частоты регрессий опухолей до 90%.

Локальная гипертермия — пример поиска новых эффективных путей.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель). Проведенное обсуждение — повод для осмысления достигнутого и создания новых протоколов дальнейших исследований. В ОНЦ есть несколько отделений, тематика которых совпадает; это может стать основой возможного разностороннего кооперированного исследования.

*
*
*

В ОНЦ РАМН состоялось (7.02.95) очередное, 41-е заседание Комитета по изучению опухолей головы и шеи при научном Совете РАМН по проблеме «Злокачественные новообразования». (Ранее Комитет работал при Всесоюзном научном медицинском обществе онкологов.)

В заседании Комитета приняли участие онкологи, радиологи, оториноларингологи ведущих клиник Москвы, а также из регионов России. Обсуждалась проблема рака гортани.

В докладе клиники опухолей головы и шеи ОНЦ РАМН: «Современные представления о выборе лечебной тактики у больных раком гортани» (д-р мед. наук В. П. Бойков) показана высокая эффективность лучевого и хирургического лечения при T1—2N0M0, выделены радиорезистентные локализации опухолей. На основе комплекса клинико-диагностических мероприятий, прогноза радиочувствительности и метастазирования обоснован отбор больных при T3N0M0 для консервативных методов лечения, а также функционально-сохранных, стандартных и расширенных операций. Это позволило в 2—3 раза уменьшить частоту регионарного метастазирования, на 20—30% улучшить отдаленные результаты. Расширенно-комбинированные операции при T4N0M0, в том числе с послеоперационным облучением, увеличивают 3-летнюю выживаемость до 74%.

Центр опухолей головы и шеи МГОД представил сравнительные данные результатов лечения рака гортани в различных стационарах Москвы за 1992—1994 гг. (канд. мед. наук Н. З. Шацкая).

В обсуждении приняли участие проф. В. О. Ольшанский (МНИОИ им. П. А. Герцена); проф. Е. Г. Матякин (клиника опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей ОНЦ РАМН); канд. мед. наук Л. Д. Стюп (кафедра клинической радиологии Академии последилового образования) и другие специалисты.

В заключение признано целесообразным продолжение клинических исследований по проблеме рака гортани и высказана необходимость проведения тематических заседаний по другим проблемам опухолей головы и шеи.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОМИТЕТА
ПО ИЗУЧЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ
ГОЛОВЫ И ШЕИ
ПРОФ. А. И. ПАЧЕС

**ПРОТОКОЛ № 412
СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ОБЩЕСТВА И ОБЩЕСТВА
ПАТОЛОГОАНАТОМОВ,
ПОСВЯЩЕННОГО ПАМЯТИ
АКАД. Н. А. КРАЕВСКОГО
(22 ноября 1994 г.)**

ПОВЕСТКА ДНЯ

ДОКЛАД

Е. Б. Трофимова. ОНЦ РАМН

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ
И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

ДОКЛАД

*А. И. Пачес, Р. М. Пропп, В. В. Шенталь,
В. Л. Любеев*

**ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

ОНЦ РАМН

Протокол опубликован в журнале «Архив патологии»

**ПРОТОКОЛ № 413 ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА
(22 декабря 1994 г.)**

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

ПОВЕСТКА ДНЯ

Во вступительном слове председатель, проф. А. И. Пирогов, отметил 40-летний юбилей Общества: первое заседание состоялось 2 декабря 1954 г. (см. «Вопр. онкол.» 1955, 6 (1) 111—112). За прошедшие 40 лет проведено 412 заседаний. В протоколах Общества остались имена многих специалистов, которые внесли свой вклад в медицинскую науку и практику здравоохранения. В истории Общества нашла отражение вся история современной онкологии. Оно стало авторитетным сообществом профессионалов-онкологов и специалистов в смежных областях.

ДОКЛАД И ДЕМОСТРАЦИЯ

*М. И. Давыдов, Б. Е. Полоцкий, Е. С. Горобец,
С. П. Свиридова, Б. К. Поддубный, Г. В. Унгуадзе,
А. П. Плесков, А. И. Карселадзе, Н. А. Ветрова,
С. М. Волоков*

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
УСПЕШНОГО УДАЛЕНИЯ САРКОМЫ
СРЕДОСТЕНИЯ (ОПУХОЛИ ТРИТОНА),
ОСЛОЖНЕННОЙ КОМПРЕССИЕЙ ТРАХЕИ
И БРОНХОВ, ДЕСТРУКЦИЕЙ ГРУДНОГО
ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА**

ОНЦ РАМН

Больная 28 лет (И/Б № 94/13839), находилась в торакальном отделении ОНЦ РАМН с 17.08 по 05.09.94.

Заболевание проявилось в мае 1994 г. пневмонией и дыхательной недостаточностью. (При ретроспективной оценке флюорограмм отмечено, что новообразование стало определяться с 1992 г.). Под наблюдением ОНЦ с 28.07.94. Госпитализирована по жизненным показаниям в связи с угрозой асфиксии.

При обследовании: опухоль заднего средостения справа, 9 x 13 см, выступающая в правое легочное поле, с компрессией трахеи и главных бронхов, с прорастанием пищевода. Выраженная дыхательная недостаточность. В связи с угрозой асфиксии начата ИВЛ, которая, однако, не обеспечивала адекватной вентиляции.

Оперирована 18.08.94 в объеме удаления опухоли с декомпрессией трахеи и главных бронхов а также удалением прорастающей опухоли пищевода с эзофагопластикой желудка.

При ревизии установлено: новообразование (в капсуле) замещало заднее верхнее средостение, прилегал к корню правого легкого, сдавливало трахею в нижней трети и оба главных бронха, обуславливая ателектаз правого легкого. Опухоль на значительном протяжении прорастала пищевод. Капсула опухоли отделена от легкого (с техническими трудностями), вскрыта, опухоль удалена, кровотечение (из капсулы) остановлено. Констатировано, что после удаления прораставшей пищевода опухоли образовался дефект от трахеального до ретроперикардального сегмента. Решено выполнить одномоментную эзофагопластику. Выполнена лапаротомия, мобилизован желудок с сохранением правых желудочных сосудов. Желудок перемещен в грудную клетку, где на уровне верхней апертуры сформирован пищеводно-желудочный анастомоз отдельными узловыми швами в два ряда. Операция проходила с техническими трудностями в связи со сложностью вентиляции из-за сдавления трахеи и бронхов, а также значительного количества гнойной мокроты. Неоднократно выполнялась санационная бронхоскопия и ВЧ-ИВЛ.

Гистологическое исследование (10087/94) показало, что новообразование имело строение злокачественной опухоли, сочетавшей структуру нейрофибросаркомы и рабдомиосаркомы (опухоль тритона).

Послеоперационный период без осложнений. Больная экстубирована на 4-е сутки. Проводилась интенсивная терапия. Выписана в удовлетворительном состоянии.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Данное наблюдение может быть классифицировано как случай «казуистической хирургии». Успешный непосредственный результат операции обусловлен прежде всего подготовленностью персонала к решению сложных задач, адекватным реанимационно-анестезиологическим обеспечением операции, а также постоянными эндоскопическими санациями трахеи и бронхов.

Эзофагопластика желудком в представленном наблюдении отражает уровень хирургической техники, наработанной в торакальной клинике ОНЦ РАМН. Практически, после удаления опухоли оказалась выполненной экстирпация пищевода, по Torek. Лапаротомия, мобилизация желудка, эзофагопластика желудком потребовали около 40 мин.

ПРЕНИЯ

Проф. А. М. ГАРИН (*зав. отделением ОНЦ РАМН*). Хотелось бы подчеркнуть уровень хирургической техники и реанимационно-анестезиологического обеспечения, а также отметить необходимость подготовки квалифицированных специалистов.

Проф. В. О. ОЛЬШАНСКИЙ (*зав. отделением МНИОН им. П. А. Герцена*). Обобщение опыта МНИОН (свыше 500 новообразований средостения) показало, что около 12% из них отличаются неблагоприятным клиническим течением. Начало злокачественного роста можно сопоставить с разрушением (разрывом) опухоли капсулы. Напротив, наличие капсулы позволяет надеяться на успех хирургического лечения.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (*председатель*) в заключительном слове подчеркнул высокий профессионализм, которым отличается представленная демонстрация.

ДОКЛАД

Директор ОНЦ РАМН, академик РАМН,
проф. Н. П. Трапезников

**СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ
КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ**

Демографическая статистика на период 1985—2015 гг. позволяет предположить повышение ежегодной смертности от злокачественных новообразований на 20% в развитых странах и более чем на 130% в развивающихся. В структуре заболеваемости злокачественными опухолями в России (1993) у мужчин преобладает рак легкого, желудка, кожи (28,6; 15,2; 7,8%); у женщин — рак молочной железы, кожи, желудка (17,9; 12,5; 11,8%). Ожидается прирост заболеваемости раком легкого за 1980—2005 гг. у мужчин в 1,4, у женщин — в 1,2 раза. Тенденция к росту заболеваемости прослеживается в отношении рака прямой кишки и рака молочной железы. Намечилось снижение заболеваемости раком желудка и шейки матки. Факторами, влияющими на возникновение и развитие опухолей, следует признать питание и курение.

Основными направлениями в решении проблемы, приоритетными исследованиями в клинической онкологии являются: первичная профилактика; раннее выявление злокачественных новообразований (программы скрининга); фундаментальные исследования, разработка новых методов диагностики и лечения, в том числе — модификаторов иммунологических реакций, модуляторов биологического ответа; разработка программы подготовки специалистов по онкологии. В числе первоочередных задач, требующих решения,

необходимо отметить создание национальной противораковой программы и национального регистра выживаемости онкологических больных, обеспечение лечения онкологических больных в специализированных медицинских учреждениях.

Применение современных методов комбинированного лечения злокачественных новообразований позволит прогнозировать (до 2000 г.) ежегодное снижение смертности на 1—2% и увеличение (общей) 5-летней выживаемости до 60%.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Последствия Чернобыля должны проявиться в ближайшие годы увеличением заболеваемости раком щитовидной железы. Основное повышение заболеваемости следует ожидать через 15—20 лет после воздействия ионизирующего излучения.

Представителям науки трудно пробиться в средства массовой информации для контрпропаганды в связи с рекламой псевдонаучных методов лечения.

Московское онкологическое общество — прежде всего научное общество, объединяющее специалистов-профессионалов в клинической онкологии. Российское противораковое общество объединяет всех желающих внести свой вклад в дело помощи онкологическим больным, в борьбу со злокачественными новообразованиями.

Сотрудничество с другими онкологическими обществами сопряжено с организационными (формальными, регистрационными), а также финансовыми трудностями. Лишь недавно, например, состоялась регистрация Российского противоракового общества. Убежден, что в перспективе сотрудничество с коллегами, прежде всего Евразии, а также Америки, будет развиваться.



**Pharmacia
& Upjohn**