

ХРОНИКА

ПРОТОКОЛ 398-ГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (29 апреля 1993 г.)

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

ПОВЕСТКА ДНЯ, ДЕМОНСТРАЦИЯ

И. В. Селюжицкий, Ю. С. Щиголов, Н. О. Миланов,
Ю. Н. Найденов, К. Н. Красиков

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОЙ БАЗАЛИОМЫ СВОДА
ЧЕРЕПА

Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко

Базальноклеточная форма рака кожи (базалиома) в 2—4% случаев упорно рецидивирует, обуславливая трудности излечения. В данном наблюдении опухоль и ее рецидивы потребовали всех известных методов лечения на протяжении 13 лет. Успешный результат достигнут применением достижений современной хирургии.

Демонстрирован больной 56 лет. В 1978 г. в области посттравматического (1974) рубца правой височной области диагностирована базалиома. Лечение проспидиновой мазью (МОНИКИ) не дало эффекта. Опухоль удалена с замещением дефекта свободным кожным лоскутом (ГВКГ; 1979). В связи с рецидивом проведена близкофокусная рентгенотерапия СОД 7000 Р (ГВКГ; 1980) с последующей криодеструкцией (ОНЦ; 1981—1982). Сеансы криодеструкции продолжались до 1990 г., в том числе длительное время без врачебного контроля, самим больным, инженером по профессии, изготовившим для этого необходимую аппаратуру. В 1991 г. рецидивная опухоль удалена с пластикой кожно-мышечным лоскутом на микрососудистых анастомозах (ЦНИИС). Лоскут удален в связи с некрозом трансплантата; рана закрыта свободным кожным лоскутом (ВНЦХ).

Больной поступил в ГВКГ 12.11.91 по поводу нового рецидива. При обследовании: ослаблен, истощен; выраженные проявления неврастении. В правой теменно-височной области, на кожном трансплантате — опухолевые образования, наибольшее из них 3 см в диаметре. Цитологическое исследование подтвердило диагноз базалиомы. Рентгенологически — деструкция кости под опухолью до 2 см в диаметре; по данным компьютерной томографии (КТ), мягкотканый компонент опухоли распространяется внутрь на 1,5 см.

Оперирован 17.12.91: окаймляющим разрезом рассечены и смещены к опухоли кожа, апоневроз, надкостница. Произведена трепанация черепа 7х8 см. Опухоль прорастала твердую мозговую оболочку. Пораженные ткани удалены. Из широкой фасции бедра взят трансплантат, которым выполнена пластика дефекта твердой мозговой оболочки. Одновременно второй бригадой хирургов резецирован большой сальник, который перемещен на дефект мягких тканей головы. Сосудистая ножка сальника проведена к углу нижней челюсти. С применением микрососудистой техники желудочно-сальниковая артерия анастомозирована с наружной сонной, а желудочно-сальниковая вена — с лицевой. Сальник укрыт сетчатым расширенным аутодермотрансплантатом бедра. Продолжительность операции 6,5 ч. В послеоперационном периоде отмечен частичный некроз кожного трансплантата. Дважды выполнена свободная аутодермопластика. Рана эпителизовалась. Гистологическое исследование выявило опухоль, имевшую различную дифференцировку — от базалиомы до анаплазированного плоскоклеточного рака. При обследовании в апреле 1993 г. — признаков рецидива нет.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Сальник был расценен нами как оптимальный пластический материал; приживление иноного трансплантата в указанных условиях было бы сомнительно. Это подтверждается частичными некрозами кожного трансплантата в послеоперационном периоде.

Пластика костного дефекта черепа не выполнялась, так как она могла осложнить решение основной задачи операции — удаление опухоли, приживление сальника, контроль за состоянием трансплантата. Кроме того, через 1,5 года после операции все еще нельзя исключить рецидива, а костная пластика затруднила бы своевременную диагностику. Еще одна причина невыполнения костной пластики — сохранение проявлений астенизации и неврастении, нежелание больного подвергаться еще одной операционной травме.

ПРЕНИЯ

И. В. РЕШЕТОВ. Авторы нетрадиционно решили сложную задачу. Выбор пластического материала остается предметом дискуссии. Имеется раневой (косметический) дефект, в связи с чем правомерна дальнейшая реабилитация. Опыт МНИОИ им П. А. Герцена показывает преимущества пластики кожно-фасциальным лоскутом на микрососудистых анастомозах. При этом сосуды приживленного сальника могут быть использованы как донорские.

Проф. Е. Г. МАТЯКИН. Трансплантат выбран правильно, так как сальник хорошо закрыл обширный дефект. Костная пластика одновременно с резекцией опухоли неоправдана. Целесообразно пересмотреть препараты, чтобы уточнить морфологическую форму.

А. С. БУРЛАКОВ. Накопленный опыт показывает, что со временем перемещенный сальник трансформируется в тонкую пленку, подобную фасции. Поэтому сальник не самый удобный пластический материал. Преимущества пластики мышечно-фасциальным лоскутом на микрососудистых анастомозах очевидны.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Альтернативы выбранной тактике не было. Успех операции обуславливается в том числе и пластичностью сальника, адгезивными, резорбтивными свойствами трансплантата. Дальнейшая реабилитация сомнительна. Имеющийся косметический дефект — это минимальная потеря из всех, которые могли бы случиться.

В заключительном слове председателя проф. А. И. ПИРОГОВ отметил успех хирургов ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, подчеркнув правильность избранной тактики, успешный отдаленный результат.

ДОКЛАД

П. Г. Брюсов, Е. А. Войновский, И. В. Селюжицкий,
А. С. Девятков

РАСШИРЕННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ
ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко

За 1988—1992 гг. оперированы 211 больных. Выполнены 41 стандартная, онкологически радикальная, субтотальная резекция и гастрэктомия; 108 расширенных субтотальных резекций и гастрэктомий; 62 комбинированные гастрэктомии. В 93% случаев диагностирована III—IV стадия процесса. Локализация опухоли в проксимальном отделе, теле и антральном отделе желудка отмечена в 4, 9, 25, 1, 70, 0% случаев. Преобладала аденокарцинома (76%). Среди оперированных 64,8% больных были старше 60 лет.

При расширенных операциях выполнялась лимфаденэктомия в зоне чревного ствола и его ветвей (коллекторы III—IV этапов метастазирования), при комбинированных — резецировались диафрагма (7), печень (6), поджелудочная железа (2), толстая кишка (2); выполнялась спленэктомия. Метастазы в лимфоузлах I—II порядка подтверждены гистологическим исследованием в 81,6%, III—IV порядка — в 26,4% случаев. Совершенствование хирургической техники, возможностей анестезиологии и реанимации позволило достоверно повысить резектабельность: при раке желудка III—IV стадии расширенные и комбинированные операции выполнены у 22% больных в 1988 г. и у 83% — в 1992 г.

Послеоперационные осложнения отмечены у 36 (17%) больных. Из них недостаточность швов анастомоза (НША) выявлена в 4,7%, швов культи двенадцатиперстной кишки — в 2,9%, поддиафрагмальные абсцессы — в 3,7% случаев. Непосредственная летальность составила 28 (13,2%) случаев, в том числе 2 (4,9%) после стандартных, 9 (8,4%) после расширенных и 17 (27,4%) после комбинированных операций.

Из числа оперированных в 1988—1989 гг. пережили 3-летний срок 45% больных. Опыт ГВКГ обосновывает необходимость расширенных и комбинированных операций при раке желудка.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Комбинированные и расширенные операции до 1988 г. выполнялись редко. В докладе обобщается работа последних 5 лет, проводимая в сотрудничестве со специалистами торакального отделения ОНЦ.

Поражения печени при раке желудка были обусловлены местным ростом опухоли, метастазами, сочетанными поражениями.

Лучевая терапия не применялась, химиотерапия проводилась в 7% случаев препаратом фторурацил, а также в комбинации фторурацил + платидин + адриамицин; дозы стандартные. Резекция по Бильрот-I по поводу рака в практике ГВКГ не применяется.

П Р Е Н И Я

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Коллектив ГВКГ успешно осваивает сложные хирургические вмешательства при раке желудка. Критические замечания: 1) нуждается в совершенствовании хирургическая техника, поскольку частота абсцессов, НША и других осложнений остается высокой. Так, например, отказ от применения сшивающих аппаратов при резекции поджелудочной железы в ходе комбинированной операции в практике ОНЦ способствовал снижению гнойных осложнений, что связывается с меньшей травматизацией тканей; 2) в изложении авторов идентификация расширенных операций скорее отражает требования к стандартной лимфодиссекции; это распространенное заблуждение — объем расширенной лимфодиссекции редко выполняется на практике*. Между тем объем лимфодиссекции в значительной степени определяет отдаленные результаты. Если при I стадии возможно добиться длительной ремиссии (клинического выздоровления) в результате стандартной операции, то при III стадии стандартная операция с обычным объемом лимфодиссекции оставляет мало шансов на выздоровление; только расширенная операция может повысить эти шансы.

Для неонкологических учреждений гарантией удовлетворительных результатов хирургического лечения при злокачественных новообразованиях является строгое соблюдение онкологических принципов, внедрения методик, разработанных в специализированных учреждениях. Это возможно в ходе сотрудничества, примером которого может быть длительное взаимодействие между ОНЦ и ГВКГ.

Л. К. ВАШАКМАДЗЕ. Резервом улучшения результатов хирургического лечения при раке желудка, безусловно, является совершенствование забрюшинной лимфаденэктомии. Внедрение лимфодиссекции в практику МНИОИ им. П. А. Герцена способствовало повышению 3-летней продолжительности жизни, хотя нам и не удалось повторить результаты японских авторов.

В. А. ШАТИХИН. Улучшению результатов хирургического лечения способствует режим длительной внутривенной инфузионной химиотерапии (ДВИХ) цисплатином (100 мг/м^2 в 1-й день) и 5-фторурацилом (1 г/м^2 за 24 ч, в 1—5-й дни). Общая эффективность режима, в том числе при аденокарциномах желудочно-кишечного тракта, составляет 30—90%. Наличие ответственных дозаторов лекарственных веществ типа ДЛВ-1 позволяет проводить длительную химиотерапию в плане комбинированного лечения.

В. С. МАЗУРИН. Практика комбинированного лечения в ОНЦ позволяет дать заключение о том, что сообщения о высокой эффективности, к сожалению, есть результат неточной оценки эффекта. Так, например, в ряде случаев «полной регрессии опухоли» после нескольких курсов химиотерапии (по данным рентгенографии, эндоскопии) при лапаротомии определялась массивная остаточная опухоль. (Это не исключает выполнения условно радикальной или паллиативной операции.)

При обсуждении работы, представленной из хирургического отделения, отродно отметить, что авторы обратились к анализу результатов своей деятельности, обращая внимание на не только хирургические, но и онкологические аспекты проблемы (частота рецидивов, метастазов; возможность повышения показателей выживаемости). По данным статистики, наблюдается повышение частоты поражения проксимального отдела желудка, что приведет к неизбежному выполнению проксимальных резекций в хирургических клиниках. Своевременное освоение методик оперирования, разработанных в онкологических учреждениях, — путь к правильной лечебной тактике.

П. Г. БРЮСОВ. В ГВКГ сложилась хирургическая школа со своими давними традициями, накоплен многолетний опыт. Однако при лечении больных со злокачественными новообразованиями у нас длительное время не было должной онкологической методологии. В этой связи нам был очень полезен опыт сотрудничества с ОНЦ, большую помощь оказали проф. М. И. Давыдов, Ю. И. Патютко, которые неоднократно выполняли в ГВКГ показательные операции. Военной хирургии следует активнее перенимать, внедрять опыт учреждений, располагающих эффективными, передовыми лечебными методиками.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) подчеркнул роль ОНЦ как учреждения, разрабатывающего новые подходы к лечению больных и оказывающего содействие внедрению перспективных разработок в практическое здравоохранение. Он отметил, что в период освоения методологии расширенных операций при раке желудка сотрудников ОНЦ удивляла скрупулезность, с которой решали эту проблему японские исследователи, детально описывая группы лимфоузлов, частоту их поражения, тщательно анализируя свои данные. Результаты их усилий не заставили себя ждать; современное описание расширенных операций при раке желудка невозможно без японских литературных источников.

Д О К Л А Д

С. В. Гончаров, М. В. Лысенко

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ РАКА

Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко

За 1970—1992 гг. в ГВКГ выполнены 24 радикальные гастропанкреатодуоденальные резекции (ГПДР), из них 14 за 1991—1992 гг. Внедрение в практику госпиталя операций по поводу опухолей панкреатодуоденальной зоны связано с увеличением числа больных, возросшими возможностями оказания квалифицированной медицинской помощи. Это предусматривает и проведение дифференциальной диагностики заболеваний панкреатодуоденальной зоны: 65% оперированных поступили в госпиталь с проявлениями желтухи. Гастродуоденоскопия (с биопсией) и УЗИ достаточно информативны для установления ее механического характера. Уточнение диагноза проводилось с использованием данных КТ, ЯМР, ангиографии, холангиографии, а также с определением опухолевых маркеров (СА19—9; РЭА). Показатели СА19—9 крови и лимфы (при дренировании лимфатического протока) использовались для послеоперационного мониторинга, диагностики прогрессирования процесса.

Показанием к операции у оперированных в 1991—1992 гг. являлись: рак головки поджелудочной железы (6), мультицентрический рост опухоли в головке и теле железы (4), рак большого дуоденального сосочка (2), хронический псевдоопухолевый панкреатит (2).

Выполнены субтотальные резекции поджелудочной железы с гастродуоденальным комплексом. При этом сохранялся участок хвоста поджелудочной железы объемом порядка 5 см^3 , а также соответствующие сосуды (селезеночная артерия и вена). Культи поджелудочной железы ушивались наглухо. Формировались гастроэнтеро- и гепатикоэнтероанастомозы, межикишечный анастомоз конец — бок. Отмечены осложнения: внутри- и внепеченочные абсцессы (4), панкреатические свищи (2), расстройства углеводного обмена (3). Выполнены операции по поводу абсцессов, проводилось консервативное лечение по поводу свищей и нарушений углеводного обмена. У 1 больного в последующем развился сахарный диабет.

Умерли 2 (14,2%) больных. Причины летальных исходов — интоксикация, обусловленная гнойным осложнением, и острая сердечно-сосудистая недостаточность у больного, страдавшего ишемической болезнью сердца.

О Т В Е Т Ы Н А В О П Р О С Ы

Качество жизни 12 выписанных относительно удовлетворительное. Оперированные вернулись к привычному образу жизни; один из них периодически наблюдается в госпитале по поводу сахарного диабета.

Субтотальная панкреатэктомия с оставлением участка хвоста железы является одной из методик, способствующей улучшению качества жизни после операции.

Катетер, вводимый в чревный ствол для ангиографии, использовался в ближайшем послеоперационном периоде для инфузии ингибиторов трансаминаз и других препаратов.

П Р Е Н И Я

Проф. Ю. И. ПАТЮТКО. Авторы получили удовлетворительные результаты; показатель летальности меньше, чем приводится в литературе. Операции выполняются после соответствующей диагностики, принятая в ГВКГ методика ПДР давно известна, хорошо апробирована. Научной новизной доклада является применение внутриартериального катетера в зоне чревного ствола не только для диагностики, но и для лечебных целей. Это, несомненно, имеет практическую ценность.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) в заключительном слове отметил творческий подход авторов к решению поставленных проблем, что позволило получить удовлетворительные результаты.

* Расширенная лимфодиссекция при раке желудка предполагает удаление клетчатки и лимфоузлов не только зоны кардии, большой и малой кривизны, привратника, чревного ствола и его ветвей, ворот селезенки (R2), но также лимфоузлов печеночно-двенадцатиперстной связи, ретропанкреатической области, корня брыжейки тонкой кишки (R3).

ПРОТОКОЛ 399-ГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (27 мая 1993 г.)

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

Проведено совместное заседание Московского онкологического общества, Всероссийского научного общества гигиенистов, Комиссии по канцерогенным веществам при Государственном комитете санэпиднадзора Российской Федерации.

ПОВЕСТКА ДНЯ: КАКАЯ ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ РАКА НУЖНА РОССИИ?

ДОКЛАД

А. П. Ильницкий

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА В РЕАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

ОНЦ РАМН

Проблема профилактики рака во всем мире продолжает оставаться одной из наиболее приоритетных проблем медицинской науки и здравоохранения. Именно поэтому экономически развитые страны имеют национальные или региональные программы снижения заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований. Раздел первичной профилактики рака представлен в них обычно двумя основными направлениями: борьбой с курением и рационализацией питания. Прямой перенос профилактических моделей, реализуемых в экономически развитых странах, на страны с иным уровнем развития, в том числе на Россию, как правило, не оправдан, так как условия жизни в них существенно различаются.

Реальная ситуация, сложившаяся в нашей стране, характеризуется рядом неблагоприятных факторов: а) недостаточным, несбалансированным питанием населения; б) неблагоприятной экологической ситуацией; в) социальной напряженностью в обществе, ведущей к формированию у значительной части населения состояния хронического стресса, депрессии. Сумма названных факторов уже сама по себе создает ситуацию повышенной опасности возникновения опухолей у населения. Вызванный все эти явления социально-экономический и политический кризис осложняет, а зачастую делает невозможным реализацию многих профилактических мероприятий.

В этих условиях речь может идти только о разработке программы, адаптированной к реальным условиям и возможностям страны. При разработке комплексной программы профилактики рака в России следует использовать дифференцированный регионально-отраслевой подход, который предполагает сосредоточение усилий не на республике в целом, а на отдельных регионах, городах, а также отраслях промышленности, предприятиях и т. п., где, с одной стороны, сложилось наиболее неблагоприятное положение с онкологической заболеваемостью и экологической ситуацией, а с другой, — есть условия для реализации предлагаемых мероприятий.

Первичная профилактика рака (ППР) включает комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний путем устранения, ослабления или нейтрализации воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни. Возможно выделить профилактику профессионального рака, противораковое воспитание (с особым акцентом на борьбу с табакокурением), информационное обеспечение программы профилактики рака, издание специализированного просветительного журнала («Вместе против рака»). Имеется потребность в основных структурных элементах информационного обеспечения профилактической программы — создание банков данных по канцерогенным веществам, канцер-регистров, регистров лиц, имеющих/имевших контакт с канцерогенами. В качестве основного пути профилактики злокачественных новообразований в современной России предлагается разработка региональных профилактических программ, учитывающих особенности каждого региона.

ДОКЛАД

Е. Н. Сотникова, В. В. Старинский, Б. Н. Ковалев

ПРОБЛЕМА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена

Вторичная профилактика онкологических заболеваний способствует снижению заболеваемости и смертности, уменьшению инвалидности. Перспективными направлениями вторичной профилактики являются

ся поэтапные программы скрининга для выявления предопухолевых состояний.

В МНИОИ разработана адаптивная модель вторичной профилактики онкозаболеваний. Она состоит из четырех модулей: определение онкоэпидемиологического статуса региона (города, предприятия); проведение анкетно-лабораторного скрининга и формирования групп онкологического риска; выполнение диагностического дообследования; мониторинг и коррекция групп риска. В основе онкоэпидемиологического модуля — структура исследуемой популяции. Она оценивается по четырем показателям: распределение по полу, возрасту, онкологическая заболеваемость за 5 лет, уровень эпидемиологических факторов риска. Интегральная оценка этих показателей позволяет сформулировать профиль обследуемого контингента. Анализ коммуникационных связей между отдельными звеньями системы позволяет дифференцированно формировать программы анкетно-лабораторного скрининга и выбрать наиболее адекватную.

По итогам анкетно-лабораторного и диагностического этапа определяются «истинные» клинические группы риска по системно-локализационному признаку и их инвентаризация для составления регистра предопухолевых состояний обследованной территории. Завершающим этапом программы становится эффективная система мониторинга за группами онкологического риска, которая позволяет прогностически оценивать диспансерные группы, проводить в них корригирующую терапию.

Разработанная программа вторичной профилактики оказалась эффективной при обследовании организованных контингентов промышленных предприятий в экологически неблагополучных регионах. Онкологические заболевания выявлялись у 5 из 1000 обследованных; в 50% случаев выявлены ранние стадии. Программа может быть также использована для оценки экологического состояния в регионе и его влияния на онкологическую заболеваемость.

ПРЕНИЯ

Проф. В. Я. ГОЛИКОВ, Н. Н. КОТОВ (кафедра радиационной гигиены ЦИУВ, Всероссийское общество гигиенистов). Современное состояние проблемы отражает экологическую ситуацию, сложившуюся два десятилетия назад. Следовательно, представленный анализ есть прогноз на 20 лет вперед. Ответственных лиц, принимающих решения, сложно убедить в эффективности предлагаемых мероприятий, поскольку их результаты скажутся лишь в отдаленном будущем.

Социальная среда оказывает выраженное влияние на заболеваемость злокачественными новообразованиями. Необходим математический аппарат статистической обработки данных, чтобы определить интенсивность их влияния на заболеваемость. Следует оценить влияние экспозиции к радону (Rn222) в жилищах на возникновение рака легкого; риск рентгенологических исследований как промоторов злокачественного роста.

При контроле за пострадавшими от аварии на ЧАЭС одной из задач медицинского наблюдения является своевременное выявление опухолей щитовидной железы и снижение обусловленной ими смертности. Примером, достойным подражания в этой связи, может быть результат медицинского контроля перенесших атомную бомбардировку Хиросимы. В этом контингенте, даже при росте заболеваемости, было отмечено снижение смертности от рака щитовидной железы.

Нужно предусматривать профессиональную контрпропаганду в условиях, когда средства массовой информации (СМИ) пропагандируют курение, а также ненаучные методы диагностики и лечения злокачественных новообразований. Необходимы публикации об излеченных от злокачественных опухолей; пропагандируя здоровый образ жизни в СМИ, следует обращаться к контингентам, формирующим общественное мнение, — к руководителям нижнего звена и женщинам 40—50 лет. Первые определяют микроклимат в трудовых коллективах, вторые воспитывают детей и являются носителями народных традиций.

Проф. М. Я. ШАШКИНА (ОНЦ РАМН). Актуальна химио-профилактика рака природными соединениями и их аналогами. Основной критерий — нетоксичность применяемых средств. На основе скрининга каротиноидов создана лекарственная форма, которая может быть применена в группах риска (см.: Каротиноиды в онкологии: Материалы симпозиума. — М., ОНЦ РАМН, 1992).

Проф. А. Я. ХЕСИНА (Институт канцерогенеза ОНЦ РАМН). В России действует Национальный перечень веществ, продуктов и производственных процессов, канцерогенных для человека. Разработаны и приняты ПДК для ряда канцерогенных веществ, в частности для бенз(а)пирена. В решениях международного симпозиума (Стокгольм, 1992) подчеркнута важность регламентирования канцерогенов в окружающей среде для контроля за степенью опасности ее загрязнения для населения. В программу профилактики необходимо включить раздел, предусматривающий контроль и снижение канцерогенных веществ в окружающей среде.

Проф. В. Б. СМУЛЕВИЧ (ОНЦ РАМН). Программа профилактики рака должна быть реальной. Разработка такой Национальной программы должна идти «снизу», в том числе от группы специалистов, созданной на междисциплинарной основе. При этом следует принимать во внимание экономический и правовые аспекты — исходить из возможностей финансирования Программы, а также из юридических документов. В этой связи необходимо подписание ряда международных конвенций о веществах, обладающих канцерогенными свойствами (асбест, бензол и др.); работодатель должен информировать о риске для здоровья при найме на вредные производства. В документах должны быть предусмотрены экономические и правовые санкции за нарушение законодательства.

Проф. В. В. СТАРИНСКИЙ (МНИОИ им. П. А. Герцена). В Министерстве здравоохранения РФ начата разработка Национальной противораковой программы. Работу предполагается провести в сжатые сроки. Материалы заседания онкологического общества будут способствовать принятию правильных решений.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) предложил представить итоги работы Онкологического общества в резолюции и направить ее в Министерство здравоохранения.

Резолюция совместного заседания Московского онкологического общества, Московского отделения Всероссийского научного общества гигиенистов и Комиссии по канцерогенным веществам при Госкомитете санэпиднадзора Российской Федерации

Участники совместного заседания констатируют продолжающийся рост онкологической заболеваемости в России: с 1980 по 1991 г. она увеличилась на 23% и в настоящее время превышает 400 тыс. случаев в год. Каждый пятый из рождающихся в настоящее время в Российской Федерации рискует заболеть злокачественными новообразованиями в течение предстоящей жизни. Неблагоприятная ситуация с онкологической заболеваемостью сложилась в ряде регионов страны, в частности в Москве. Несмотря на это, в России в целом и в отдельных регионах в частности отсутствуют эффективные программы профилактики рака. Особенность социально-экономической ситуации, сложившейся в стране (недостаточное, несбалансированное питание населения; экологическое неблагополучие, достигающее в ряде регионов степени экологического бедствия; значительная социальная напряженность в обществе, формирующая состояние хронического стресса у населения и т. п.), в значительной мере усугубляет положение и позволяет предположить возможность усиления роста онкологической заболеваемости. В условиях экономического и политического кризиса одной из немногих эффективных мер, направленных на борьбу с ростом онкологической заболеваемости, может явиться программа профилактики рака, учитывающая реальное положение и реальные возможности.

В связи с изложенным участники заседания признали необходимым:

1. Считать целесообразным подготовить в развитие Указа Президента РФ от 20.04.93 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» реальную программу профилактики злокачественных новообразований и снижения онкологической заболеваемости, учитывающую современное социально-экономическое положение в стране.

2. Признать приоритетным в современных условиях страны с точки зрения профилактики злокачественных новообразований разработку следующих направлений.

В области первичной профилактики рака: профилактика профессионального рака; профилактика рака, связанного с загрязнением окружающей среды (воздух, вода, жилище, продукты питания); противораковое воспитание (с обращением особого внимания на борьбу с табакокурением); информационное обеспечение программы профилактики рака; региональные противораковые программы.

В области вторичной профилактики рака: организация обследования населения с учетом экологической обстановки; формирование групп повышенного онкологического риска; организация системы мониторинга групп онкологического риска и разработка программ их коррекции.

Подготовка кадров по профилактическому направлению в онкологии (специалистов клинического и гигиенического профиля).

3. Просить правительство Москвы и Моссовет финансировать разработку программы комплексной профилактики рака в Москве (вначале на примере одного округа).

4. Ускорить создание нормативно-правовой базы первичной профилактики злокачественных новообразований, предусматривающую ратификацию международных конвенций (в частности, Конвенции МОТ № 139 о борьбе с опасностью, вызываемой канцерогенными веществами и агентами в производственных условиях, и мерах профилактики, конвенций по асбесту, бензолу и т. д.), совершенствование Национального перечня веществ, продуктов и производственных процессов, канцерогенных для человека, а также разработку гигиенических нормативов, регламентирующих содержание канцерогенных веществ в различных средах.

5. Обратить внимание отделов социального страхования и доверенных врачей отраслевых советов профсоюзов на необходимость усиления контроля за реализацией онкологического компонента периодических

профилактических осмотров на канцерогенно опасных предприятиях.

6. Считать неотложной необходимостью для формирования здорового образа жизни и информирования населения о факторах онкологического риска, а также в целях профилактики издание специализированного популярно-просветительного журнала «Вместе против рака».

7. Считать недопустимой пропаганду непроверенных методов диагностики, лечения и профилактики онкологических заболеваний.

8. Обратиться к Президенту Российской Федерации и в Верховный Совет РФ с просьбой о принятии законодательных мер, запрещающих пропаганду табачных продуктов, в частности средствами массовой информации.

Председатель Московского онкологического общества проф. А. И. ПИРОГОВ

Председатель Московского отделения Всероссийского научного общества гигиенистов проф. В. Я. ГОЛИКОВ

Зам. председателя Комиссии по канцерогенным веществам при Госкомитете санэпиднадзора РФ проф. А. П. ИЛЬНИЦКИЙ

ПРОТОКОЛ 400-ГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА, ПОСВЯЩЕННОГО ПАМЯТИ ЧЛЕНА-КОРРЕСПОНДЕНТА АМН СССР ПРОФ. Б. Е. ПЕТЕРСОНА (10 июня 1993 г.)

Председатель — проф. А. И. Пирогов

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

ПОВЕСТКА ДНЯ, ДЕМОСТРАЦИЯ

В. И. Чиссов, В. В. Соколов, А. Х. Трахтенберг

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ЛЕГКОГО

МНИОИ им. П. А. Герцена

Клинические испытания метода фотодинамической терапии (ФДТ) злокачественных опухолей с использованием отечественного фотосенсибилизатора фотогем в настоящее время проводится в Государственном научном центре лазерной медицины Минздравмедпрома РФ и в МНИОИ им. П. А. Герцена. Приводим одно из первых наблюдений успешного результата ФДТ центрального рака легкого.

Больной В., 62 лет, в июне 1992 г. обследован в Липецком ООД, диагностирован плоскоклеточный центральный рак верхней доли правого легкого III стадии, T3N1M0. Сопутствующая патология — ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, хронический нефрозонефрит. С 25.06. по 14.07.92 проведен курс полихимиотерапии циклофосфаном и метотрексатом. При контрольном обследовании — без эффекта.

В сентябре 1992 г. при обследовании в МНИОИ наряду с опухолью, обтурирующей правый верхнедолевой бронх с инфильтрацией нижней трети главного бронха, выявлено еще два очага плоскоклеточного рака: микроинвазивный рак на шпоре B8 нижней доли и на стенке верхнезонального бронха верхней доли левого легкого. При рентгеноматомографическом исследовании и рентгенокомпьютерной томографии (РКТ) лимфоузлы корня левого легкого не увеличены, опухоль B8 рентгеногегативная, в зоне опухоли верхнезонального бронха небольшое (до 4 мм) утолщение стенки.

Диагноз: первично-множественный синхронный двусторонний рак легких: центральный рак верхней доли правого легкого III стадии, T3N1M0, центральный рак верхней доли левого легкого II стадии, T2N0M0, центральный рак нижней доли левого легкого I стадии, T1N0M0; состояние после одного курса полихимиотерапии.

Согласно выработанной тактике лечения на первом этапе (04.11.92) выполнена верхняя лобэктомия справа с циркулярной резекцией главного и промежуточного бронхов. На втором этапе, через 3 нед после операции (23.11.92), через 48 ч после внутривенного введения фотогема из расчета 3 мг 1 кг массы проведен сеанс ФДТ опухоли верхнезонального бронха на установке «Яхрома-2», использовано импульсно-периодическое лазерное излучение на красителе родамин В с накачкой от лазера на парах меди. Длина волны 630 нм, мощность излучения на торце световода 100 мВт, экспозиция 30 мин. Через сутки выполнен второй сеанс ФДТ с облучением опухоли B8 (13 мин) и повторно опухоли верхнезонального бронха (10 мин). Непосредственно после сеанса ФДТ в зоне воздействия отмечались нарастающая отечка, гиперемия, появление фибрина на поверхности слизистой оболочки. Некроз опухоли развивался через сутки и нарастал в течение последующих 2—5 дней. В результате ФДТ получена полная резорбция опухолей левого легкого. Больной наблюдается

в течение 6 мес, при рентгенотомографии и РКТ опухолевой патологии в левом легком не выявлено. При бронхоскопии на месте опухоли левого легкого — плоские рубцы без изменения просвета бронхов.

К настоящему времени МНИОИ располагает опытом ФДТ центрального рака легкого у 8 больных (10 опухолей). При ранних формах рака в 100% случаев получена полная резорбция первичной опухоли. Считаю данный метод перспективным при ранних формах центрального рака легкого, особенно у больных с первично-множественным поражением, в сочетании с традиционными методами лечения.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Суть метода заключается в следующем: вводимый фототем обладает канцеротропностью. При воздействии световым лучом с определенной длиной волны в клетках, накопивших фототем, происходит выделение синглетного кислорода, приводящего к их разрушению. Воздействие светового луча само по себе неспособно вызвать коагуляцию. Токсичность достаточно низка — из 13 больных лишь у одного отмечен аллергический дерматит.

ПРЕНИЯ

Проф. Е. Ф. СТРАНАДКО. В Центре лазерной хирургии также накоплен определенный опыт ФДТ злокачественных опухолей. Хочу подчеркнуть, что ФДТ является новым методом противоопухолевого воздействия. Нами получены обнадеживающие результаты и при распространенном центральном раке легкого — отмечается стойкая реканализация бронхиального дерева.

Проф. Б. К. ПОДДУБНЫЙ. В зарубежной литературе имеется много сообщений о ФДТ злокачественных опухолей. Сегодняшнее сообщение стало возможным благодаря синтезу российского фототема. Низкая токсичность препарата говорит о высокой степени его очистки, что дает основание для более широкого его использования. Хочу отметить и тот ряд диагностических вопросов, который в состоянии разрешить применение фототема.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель). Поздравляю докладчиков с этим блестящим сообщением. Нам представлен первый российский опыт применения ФДТ рака легкого. Нельзя не согласиться с мнением, что это новый метод лечения злокачественных опухолей. Перспектива его применения представляется широкой как с диагностической, так и с лечебной целью.

ДОКЛАД

В. И. Чиссов, Е. С. Киселева, А. В. Бойко, А. В. Черниченко, Л. В. Демидова, В. А. Квасов, И. Г. Русаков, Н. А. Осипова, Ю. А. Рахманин, М. С. Ветшева, Ю. С. Донскова, И. В. Пономарева, А. К. Смирнов

РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

МНИОИ им. П. А. Герцена

Преимущества комбинированного метода лечения местно-распространенных форм злокачественных опухолей ряда локализаций безоговорочно признаются большинством исследователей, а в ряде ситуаций они являются предметом дискуссий. Поскольку теоретическая комбинация операции и лучевой терапии обоснована, мы полагаем, что сомнения или недоказанность большей эффективности комбинированного лечения неоплазий ряда локализаций по сравнению с хирургическим методом связаны с ограничениями дистанционной лучевой терапии, невозможностью подведения высоких СОД из-за опасности повреждения нормальных тканей, особенно при больших и технически сложных хирургических вмешательствах. Поэтому возникает клиническая ситуация, при которой доза недостаточна для решения задач комбинированного метода: из-за длительности курса облучения и следующего за ним предоперационного интервала значительно отодвигается основной этап лечения — операция. При послеоперационной лучевой терапии условия для облучения создаются только через 3—4 нед после операции, а в случае тяжелых вмешательств или осложнений и позже. Помимо того, резко снижается толерантность оперированных тканей. Кроме этого, для обоих вариантов комбинированного лечения характерны 3 момента: 1) несмотря на современные возможности формирования мишени облучения при дистанционной лучевой терапии, особенно при глубоко залегающих опухолях, в зону облучения неизбежно вовлекается большой объем здоровых тканей; 2) в силу особенностей локорегионарной распространенности опухоли необходимо облучение нескольких зон (например, при раке пищевода), что возможно только поэтапно; 3) нельзя не считать с уровнем затрат на комбинированное лечение, обусловленное длительным пребыванием больного на койке и проведением дорогостоящего метода — лучевой терапии.

Сегодня очевидно, что дозы, которые раньше считались «канцероцидными», определены не столько противоопухолевым эффектом, сколько пределом толерантности нормальных тканей. Для разрушения большинства нерезектабельных опухолей, особенно высококодифференцированных, требуются дозы не менее 80—100 Гр, что существенно превышает толерантность здоровых тканей. В тех случаях, когда возможно лишь наружное облучение, лучевая терапия не дает высокого процента излечения. В тех же случаях, когда можно применить сочетанную лучевую терапию, мы получаем более высокие результаты.

Все перечисленные обстоятельства известны с первых шагов лучевой терапии. Для их преодоления был разработан радиохирургический метод, при котором доступ к опухоли обеспечивается хирургически и облучается или сама опухоль, или ее ложе после удаления. Такой вид лучевого воздействия называется интраоперационным.

Интраоперационная лучевая терапия (ИОЛТ) — специальный, технически сложный метод лечения злокачественных опухолей при помощи однократной высокой дозы ионизирующего облучения.

История ИОЛТ начинается в 1909 г., когда С. Веck провел облучение рентгеновскими лучами 7 больных с нерезектабельными опухолями желудка. Развитие метода проходило параллельно с развитием медицинской техники.

Современная ИОЛТ началась после появления новых источников дистанционного облучения — ускорителей электронов высокой энергии. Впервые, в 60-х годах, ее начал использовать проф. Аве. Преимущества их перед другими видами ионизирующего излучения заключаются в возможности концентрации дозы на заданной глубине — в зависимости от энергии электронов.

Совокупный мировой клинический опыт показал, что благодаря ИОЛТ несомненно удалось расширить показания к комбинированному методу, особенно при глубоко расположенных опухолях, и получить лучшие результаты лечения. Частота и структура послеоперационных осложнений не отличаются от таковых при чисто хирургическом лечении. Отдаленные результаты показали высокую противоопухолевую эффективность, но и выявили определенный процент достаточно тяжелых постлучевых осложнений по типу фиброза клетчатки и связанных с этим неврологических и сосудистых расстройств.

В МНИОИ им. П. А. Герцена «инструментом» для проведения ИОЛТ служит первый отечественный циклический ускоритель «Микротрон-М». Набор электронных пучков различных энергий позволяет нам моделировать адекватные объемы облучения.

Существует два типа организации проведения ИОЛТ: 1) когда ускоритель расположен в операционной; 2) когда требуется транспортировка больного в состоянии наркоза в процедурный зал для облучения на расстояние около 60 м. Поэтому потребовалось создание технических средств для транспортировки больного и обеспечения наркоза. Контроль за состоянием пациента во время транспортировки и проведения сеанса облучения осуществляли при помощи пульсаксиметра, кардиоскопа и визуальной системы слежения за частотой дыхания, уровнем обезболивания и фиксации больного на операционном столе.

В связи с тем что мы впервые в нашей стране начали проведение ИОЛТ электронным пучком, то на первом этапе мы ограничились дозой 10 Гр. По мере накопления сведений о характере лучевых реакций и осложнений мы постепенно повысили дозу до 25 Гр.

Сегодня МНИОИ им. П. А. Герцена располагает опытом лечения 81 больного в возрасте от 18 до 69 лет. У 43 больных лечение проведено по поводу саркомы мягких тканей, у 10 — рака шейки матки, у 9 — рака желудка, у 6 — рака пищевода, у 3 — рака молочной железы, у 2 — рака слепой кишки, у 2 — рака почки, у 2 — фибродесмоида, у 2 — метастазов в забрюшинные лимфоузлы, у 1 — рака слюнной железы, у 1 — меланомы кожи. ИОЛТ у них использован в следующих вариантах: 1) как единственный компонент лучевого лечения; 2) в сочетании с предоперационной лучевой терапией; 3) в сочетании с послеоперационной лучевой терапией; 4) в сочетании с пред- и послеоперационной лучевой терапией.

Осложнений при проведении наркоза, транспортировке в камеру ускорителя и во время сеанса облучения не было. В послеоперационном периоде общее состояние не отличалось от такового у больных, перенесших только операцию.

В настоящее время открываются широкие перспективы для продолжения изучения различных аспектов ИОЛТ. Они связаны прежде всего с технологическим обеспечением определения необходимого и достаточного объема облучения, повышением однократной дозы ИОЛТ за счет радиопротекторных свойств гипоксиррадиотерапии, а также увеличения радиочувствительности и возможного снижения за счет разработок ультразвуковой гипертермии при ИОЛТ.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В среднем СОД составляла 25 Гр, за 1 мин облучения.