

Хроника

ПРОТОКОЛ

380-го заседания Научного общества онкологов
Москвы и Московской области от 28 февраля 1991 г.

Председатель — проф. А.А.Клименков
Секретарь — канд. мед. наук В.В.Брюзгин

ПОВЕСТКА ДНЯ

Демонстрации

М.И.Давыдов, В.И.Плотников, С.Г.Малаев, З.О.Мачаладзе, Т.С.Стрункина, С.М.Паршикова. Одномоментные операции при первично-множественном раке легкого и пищевода или кардиального отдела желудка (ВОНЦ АМН СССР)

Демонстрация кинофильма "Одномоментные операции при раке пищевода".

Больной Ф., 64 лет. Рентгенологически — рак ретроперикардального сегмента пищевода и периферический рак легкого. Эндоскопически — сужение просвета пищевода начиная с 38 см от резцов до 0,8 см, аппарат в желудок провести не удалось. После предоперационной подготовки парентеральным питанием, антиоксидантами, электростимуляции диафрагмы выполнена резекция пищевода и кардиального отдела желудка левым косым абдоминоторакальным доступом с формированием эзофагогастроанастомоза в левой плевральной полости под дугой аорты. Одномоментно выполнена клиновидная резекция верхней доли левого легкого, опухоль диаметром 1,5 см прорастала париетальную плевру. Гистологически — плоскоклеточный рак пищевода с метастазом в параэзофагеальный лимфатический узел и аденокарцинома легкого в рубце. В послеоперационном периоде — двухсторонняя пневмония и дыхательная недостаточность. Выписан на 21-й день.

В ВОНЦ АМН СССР наблюдался 31 больной с синхронными и метасинхронными первично-множественными опухолями легких и нижнегрудного отдела пищевода или кардиального отдела желудка. Хирургическое лечение у 12 больных, из них у 7 — одномоментные операции (в одном случае нижняя лобэктомия слева, резекция диафрагмы, проксимальная резекция желудка и нижнегрудного отдела пищевода, спленэктомия, пластика диафрагмы капсулой левой полочки). После операции умер 1 больной от пневмонии.

Активная хирургическая тактика при данных локализациях опухолей оправдана.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Выполнялись атипичные резекции в основном с использованием аппаратов. Имелись случаи центрального рака легкого, при этом выполнялись лоб- и пневмонэктомии. Отдаленные результаты не изучались.

ПРЕНИЯ

А.С.Мамонтов. Это частые сочетания, в среднем в 6-8% случаев. Отдаленные результаты неудовлетворительные для синхронных опухолей и лучше при метасинхронных. Мы используем послеоперационную лучевую и химиотерапию.

Доклады

А.С.Мамонтов, Е.С.Киселева, А.С.Беневский. Опыт комбинированного лечения рака верхней трети пищевода (МНИОИ им.П.А.Герцена)

Из 177 больных 24 были женщины, 75% больных старше 50 лет, III стадия заболевания была в 70%, IV — в 29% наблюдений.

Местнораспространенный рак (T3, T4) выявлен у 84% больных, метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов (N1, N2) отмечено у 77 больных. Преимущественно инфильтративная форма роста — у 78%, глубина инвазии опухоли до адвентиции у 98, выход опухоли в параэзофагеальную клетчатку (P4) у 77 больных. Лечение многоэтапное и при выраженной дисфагии начиналось с абдоминального этапа, ревизии брюшной полости с выполнением гастростомии (ГС) или первичной эзофагопластики (ПЭП) желудочной трубкой из большой кривизны в антиперистальтическом направлении. При отсутствии дисфагии лечение начиналось с лучевой терапии, абдоминальный этап выполнен у 131 больного, который завершен у 104 ГС, а у 27 больных произведена ПЭП. Предоперационная лучевая терапия (СОД 40-45 Гр) проведена 58 больным по методике классического фракционирования, у 60 — динамическое фракционирование (36-42 Гр) и интенсивно концентрированный курс у 16 больных (СОД 20-24 Гр), остальным лучевая терапия проведена в меньших дозах. Оптимальная доза на средостение — 40-45 Гр и на шейно-надключичные зоны — 30-35 Гр.

Операция выполнялась через 2-6 нед. после облучения, резекция пищевода у 114 больных, у 5 больных дополнительно футлярно-фасциальное удаление клетчатки шеи по поводу метастазов в лимфатические узлы. Одномоментная резекция и пластика пищевода у 27, отсроченная эзофагопластика через 3-6 мес. у 27 и пробная торакотомия у 36 больных. Всего эзофагопластика произведена у 81 (57,4%) из 141 больного после резекции пищевода. Внеплевральный эзофагогастроанастомоз (ЭГА) сформирован у 44 больных, перенесших эзофагопластику. Особенность внеплеврального ЭГА в том, что несостоятельность швов не приводит к летальному исходу. Этапный принцип позволяет провести лечение тяжелым больным с сопутствующими заболеваниями. Выполнение паллиативных операций оправдано, так как избавляет больных от смертельных осложнений при прогрессировании заболевания и улучшает качество жизни. Проведение предоперационной лучевой терапии при опухолях протяженностью более 3 см (СОД 40-435 Гр) с облучением шейно-надключичных зон существенно не влияет на технику операции, но позволяет повысить процент резектабельности и улучшить отдаленные результаты лечения. Комбинированное лечение позволило в 17,2% случаев добиться 3-летней, а в 13,8% 5-летней выживаемости.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Из 141 больного в 57% случаев выполнена вторичная пластика, полностью закончил лечение 41 больной, часть больных готовится к пластике. Некоторые больные не дожили до пластики. Лучевая терапия протекала без осложнений. Преимущество отдавалось комбинированному лечению. Только лучевая терапия проводилась в случаях отказа больных от операции или при наличии к этому противопоказаний. Считаем целесообразным удаление паракардиальной клетчатки и малого сальника во время абдоминального этапа операции. Многоэтапность лечения зависит от функционального состояния больного. Считаем, что отсроченная пластика является вынужденной операцией и связана с общим состоянием больного. Вовлечение в процесс трахеи устанавливалось только по косвенным признакам. Окончательный план хирургического лечения, этапность решаются во время операции.

ПРЕНИЯ

М.И.Давыдов. Всегда должна выполняться на абдоминальном этапе лимфодиссекция. Следует четко определить тактику лечения при раке верхнегрудного отдела пищевода, особенно показания для хирургического лечения.

М.Е.Тюхтев. Следует шире применять операции при раке верхнегрудного отдела пищевода. Предпочтительнее антеторакальная пластика, меньше фатальных осложнений, при рецидиве нет необходимости в ее повторении.

А.А.Клименков. Материал уникальный. Вопросы и проблем в данной области много, это по существу новое направление в лечении рака верхней трети пищевода.

ПРОТОКОЛ

381-го заседания Научного общества онкологов Москвы и Московской области от 28 марта 1991 г.

Председатель — доктор мед. наук Е.Ф.Странадко
Секретарь — канд. мед. наук В.В.Брюзгин

ПОВЕСТКА ДНЯ

Доклады

1. В.К.Мусатов. Меланома кожи (диагностика, группы повышенного риска) — тезисы доклада не представлены.
2. С.М.Паршикова. Меланома кожи (морфологические аспекты) — тезисы доклада не представлены.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Инструментальных методов диагностики не существует. Возможно хирургическое лечение меланомы I-II степени инвазии в амбулаторных условиях под местной анестезией. Мы имеем 6 подобных наблюдений. Наличие волоса на поверхности пигментного новообразования не является признаком его доброкачественности. Меланома слизистой очень редка.

ПРЕНИЯ

Е.Г.Матякин. Автор, к сожалению, не дал четкого ответа о признаках озлокачествления кожных пигментных новообразований. Необходимо дифференцированно анализировать представленный материал.

Р.М.Карапетын. Классические признаки озлокачествления пигментных новообразований кожи остаются в силе. Нельзя широко использовать хирургическое иссечение меланомы под местной анестезией.

А.А.Клименков. Представленный иллюстративный материал следовало бы оформить в виде атласа. Необходимо представить статистические данные о перерождении, гипер- и гиподиагностике при хирургическом иссечении кожных пигментных новообразований под местной анестезией в амбулаторных условиях и отдаленных результатах.

Т.П.Казубская. Меланомы относятся к наследственным заболеваниям. Связь меланомы с диспластическими невусами прослеживается довольно четко при медико-генетическом анализе. Существуют четкие генетические признаки перерождения. Мы хотим ответить на вопрос — являются ли диспластические невусы начальной формой меланомы? Это позволит сформировать группы риска.

Заключительное слово председателя. Материал интересен и демонстративен. Заболевание довольно редкое, но степень злокачественности диктует повышенный интерес. Однако ряд существовавших ранее диагностических подходов в последнее время пересмотрен. Хирургическое лечение следует проводить только в специализированных учреждениях. Не должно быть косметических операций при малейшем подозрении на озлокачествление пигментного новообразования кожи. Комбинированное лечение показано особенно при локализации на лице. Не следует проводить никаких диагностических процедур, повреждающих целостность новообразования при подозрении на меланому.

ПРОТОКОЛ

382-го заседания Московского научного общества онкологов от 25 апреля 1991 г.

Председатель — проф. Б.К.Поддубный
Секретарь — канд. мед. наук Е.П.Симакина

1. М.Я.Бобров, В.А.Врублевский, Н.А.Гетманенко, Л.П.Кондратьева, И.А.Романенко. Использование криптогемтеста для выяв-

ления проктологических больных в условиях поликлиники (поликлиника № 51, Москва)

Вопросы раннего выявления рака прямой и ободочной кишок до настоящего времени остаются актуальными и, таким образом, связаны с организацией массовых осмотров с целью раннего выявления колоректального рака и формированием группы риска по его возникновению. При этом необходимо, чтобы метод профилактического обследования достаточно больших контингентов населения удовлетворял следующим основным требованиям: был технически простым, минимально травматичным, экономически доступным и, наконец, обладал достаточной надежностью.

Этим требованиям в большей или меньшей степени отвечает использование в качестве скрининга гемокульттест. Это тем более важно, что наиболее трудно уговорить на проведение обычного обследования, в частности ректороманоскопии, лиц старше 50 лет, не предъявляющих желудочно-кишечных жалоб, которые, как известно, входят в группу риска в связи с повышенной частотой возникновения у них колоректального рака. Причины отказа от обследования, как показывает практика, не только в недостаточной общей и санитарной культуре населения, но и в организационных недостатках амбулаторно-поликлинической помощи. В частности, подготовка кишечника к исследованию в поликлиниках не предусмотрена, а в домашних условиях она часто обременительна, в особенности для лиц преклонного возраста, а в ряде случаев и невыполнима, что и заставляет многих больных отказываться от обследования.

Именно эту группу лиц мы подвергли скринингу с помощью теста на скрытую кровь в кале, так как наиболее ранним признаком предрака и рака толстой кишки считается скрытое кишечное кровотечение.

Мы пользовались криптогемтестом (Германия), являющимся аналогом гемокульттест фирмы "Рем Фарма" (ФРГ), в отличие от широко применяемой в нашей клинической практике бензидиновой пробы. Во избежание ложноотрицательных результатов рекомендуем за 3 дня до исследования и во время исследования ограничить прием внутрь больших доз аскорбиновой кислоты.

Нами было роздано 1200 комплектов теста с подробной устной и письменной инструкцией по его выполнению. Ответы были получены от 896 (74,6%) человек, из них у 113 (12,7%) человек тест оказался положительным, что соответствует среднелитературным данным. Все они прошли обследование, включающее подробный сбор анамнеза, пальпацию живота, осмотр области ануса, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, ирригоскопию и при необходимости колоноскопию и гастроскопию.

Новообразования прямой и ободочной кишок были выявлены у 59 человек, или у 6,4% от числа обследованных и 52,2% лиц с положительным тестом. В основном это были мелкие аденоматозные полипы прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки. Лишь у 2 больных был обнаружен рак прямой кишки и у 1 больного — крупный villous полип восходящего отдела толстой кишки. У 24 человек были выявлены дивертикулез, выраженный проктосигмоидит и другие неопухолевые заболевания толстой кишки.

У 27 человек заболевания толстой кишки найдено не было (всем производилась колоноскопия). В связи с этим им была проведена гастроскопия, позволившая выявить у 1 больного бессимптомную язву двенадцатиперстной кишки. Это позволяет говорить о необходимости обследования у всех лиц с ложноположительными результатами теста вышележащих отделов желудочно-кишечного тракта.

В связи с имеющимися в литературе указаниями на относительно высокий процент ложноотрицательных результатов при использовании этого теста нами была выполнена ректороманоскопия до 30 см от ануса у 50 человек с отрицательными результатами теста. У 3 из них были найдены аденоматозные полипы прямой кишки, в том числе у 1 больного полип имел размер более 1 см в диаметре. Таким образом, ложноотрицательные результаты криптогемтеста следует ожидать более чем в 6% случаев.

Криптогемтест не является специфической реакцией на рак и предрак, и отрицательные результаты теста не гарантируют отсутствия заболевания. Он лишь позволяет выявить ту небольшую

группу лиц, которых, несмотря на отсутствие жалоб, необходимо обследовать инструментально.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Чувствительность бензидиновой пробы ниже. У 1 больного язвенной болезнью желудка мелены не наблюдалось, но проба была положительная за счет кровоточивости слизистой, а не выраженного кровотечения.

Мы работали с населением района. Преимущественно контингент больных старше 60 лет без каких-либо жалоб на состояние желудочно-кишечного тракта. Особенностью этой группы больных является их нежелание подвергаться эндоскопическому исследованию.

ПРЕНИЯ

В.В.Пророков. Имеющийся международный опыт применения криптогена свидетельствует о том, что эффективность метода составляет 2%. По данным ВОНЦ АМН СССР, гемоккультест и криптоген эффективны не более чем в 3% случаев. У авторов доклада этот показатель составляет 6%, что, по-видимому, соответствует более пожилому контингенту больных. Этот метод способствует выявлению предраковых состояний и начальных форм рака толстой кишки.

В.А.Врублевский. По данным НИИ проктологии, результаты выявления онкопатологии с помощью этого метода не очень высоки. Информативность его значительно ниже результатов эндоскопических исследований. Вместе с тем его значение очень важно для больных пожилого контингента.

Б.К.Поддубный (председатель). Заболеваемость раком прямой и толстой кишок неуклонно возрастает, много тяжелых больных, лиц пожилого возраста, крайне затруднена диагностика ранних форм рака и предраковых состояний. К сожалению, мы не располагаем скрининговыми методами, а только производим отбор больных. Остаются трудноразрешимыми вопросы организационного порядка, проблемы с реактивами.

И. Ю.М.Тимофеев, В.И.Кныш, Г.В.Голдобенко, В.И.Роттенберг, С.М.Паршикова, А.Г.Перевощиков, О.В.Чистякова. Злокачественные опухоли анального канала (ВОНЦ АМН СССР).

По данным ВОНЦ АМН СССР, плоскоклеточный рак анального канала составляет 4,9% всех злокачественных опухолей прямой кишки и 47,2% всех злокачественных опухолей анального канала. В ВОНЦ АМН СССР с 1952 по 1988 г. проходили лечение 127 больных плоскоклеточным раком анального канала. Кроме того, учитывая редкость указанного заболевания, мы использовали опыт Московской областной клинической онкологической больницы (МОКОБ) (г.Балашиха) за этот же период (еще 53 больных, всего 180 больных).

При лечении плоскоклеточного рака анального канала традиционно применяются 2 различных метода: лучевой и хирургический. Сторонники лучевого метода считают, что плоскоклеточный рак анального канала так же чувствителен к лучевому воздействию, как рак кожи или рак шейки матки, и лечить его надо только лучевым методом.

Хирургическое лечение — брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с наложением колостомы — является по сравнению с лучевым калечащим методом, хотя и более радикальным, дающим шансы на более длительное выживание. Следует отметить, что большинство европейских онкологов более склонны к лучевому и комбинированному лечению плоскоклеточного рака анального канала; большинство американских авторов отдают предпочтение чисто хирургическому лечению.

В ВОНЦ АМН СССР применяли и чисто хирургический, и чисто лучевой метод лечения плоскоклеточного рака анального канала. К сожалению, большие рандомизированные исследования для сопоставления различных методов лечения плоскоклеточного рака анального канала невозможны в силу редкости этого заболевания.

Однако нами были подобраны 2 практически одинаковые группы: 42 больных, которым проводили чисто лучевое лечение, и 45 больных, которым произведена только брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. По прогностическим факторам (стадия процесса) вторая группа больных была менее благоприятной.

5-летняя выживаемость, вычисленная по таблицам дожития, составила: у больных, которые получали чисто лучевое лечение, — 6,9%, после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки — 39,4%; частота местных рецидивов в первой группе — 85,7%, во второй — 62,2%. Разница статистически достоверна.

Таким образом, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, по нашим данным, является более радикальным методом лечения рака анального канала и дает большие шансы на излечение, чем лучевой метод. Тем не менее следует указать на недостатки хирургического метода: это калечащий характер операции (формирование колостомы) и высокая частота рецидивов (62,2%). Очевидно, улучшение отдаленных результатов лечения плоскоклеточного рака анального канала следует искать при комбинации лучевого и хирургического метода, а также применении модификаторов ионизирующего воздействия.

С 1983 г. нами разработан и внедрен в практику следующий протокол по комбинированному лечению плоскоклеточного рака анального канала с использованием радиомодификаторов. В качестве радиосенсибилизатора опухолевых клеток использовалась локальная СВЧ-гипертермия (аппараты "Плот" и "Ялик", "Яхта" и др.) с достижением температуры в опухоли 42°C.

Использовалась ротационная дистанционная гамма-терапия при угле вращения 240°C, положение больного на животе, или же статическое облучение с 3-4 полей. Паховые лимфатические узлы облучались по стандартной методике.

В зависимости от стадии процесса были сформированы 3 клинические группы с различной техникой лечения больных, разными задачами и вкладом лучевого и хирургического лечения.

1-я группа — 19 больных — стадии I-IIa, начальный или малый рак. Больным проводилось лучевое лечение по расщепленному курсу. На первом этапе проводился курс термордиотерапии, РОД 4 Гр, СОД 32 Гр. Ритм облучения — 2 раза в неделю. Через 3 ч после облучения в течение 1 ч проводится сеанс внутримышечной СВЧ-гипертермии (42°C). По завершении первого этапа делается 2-недельный перерыв с последующей клинико-морфологической оценкой эффективности лучевого воздействия, т.е. больному производится биопсия опухоли. В случае обнаружения жизнеспособных опухолевых клеток в биоптате больному производится экстирпация прямой кишки. В случае отсутствия их продолжается лучевое лечение: РОД 2 Гр до СД за 2 этапа 60 Гр (14 фракций) без использования радиомодификаторов. Как при комбинированном, так и при чисто лучевом лечении по радикальной программе на втором этапе проводится профилактическое облучение паховых лимфатических узлов, РОД 2 Гр, до СД 40 Гр (20 фракций).

2-я группа — 8 больных — стадии IIb — IIIa — IIIb, первично операбельный рак анального канала.

Оптимальным является интенсивно-концентрированное предоперационное облучение, РОД 5 Гр, СД 25 Гр. Ритм облучения ежедневный. Оперативное вмешательство производится сразу же после окончания облучения. Операция заключается в экстирпации прямой кишки, при наличии метастазов в паховых лимфатических узлах — экстирпация кишки дополняется паховой лимфаденэктомией. Облучение сочетается с внутримышечной СВЧ-гипертермией. Облучение паховых зон проводится по истечении послеоперационного периода, РОД 2 Гр до СД 40 Гр.

3-я группа — 18 больных — стадия IVa, первично неоперабельные, местнораспространенные опухоли.

На первом этапе проводится крупнофракционное облучение с использованием радиомодификаторов РОД 4 Гр, ритм облучения — 2 раза в неделю, СД 32 Гр. Кроме того, проводится облучение обеих паховых зон независимо от наличия или отсутствия метастазов, РОД 2 Гр, СД 40 Гр. После 2-3-недельного перерыва производится оценка эффективности лучевого воздействия и в случае регрессии опухоли до операбельных размеров — экстирпация прямой кишки с паховой лимфаденэктомией. При сохранении неоперабельности опухоли лучевое лечение продолжается по радикальной программе — РОД 2 Гр, СД 70 Гр за 2 этапа.

Из 19 больных 1-й группы сфинктеросохраняющее лечение произведено у 11 больных. Непосредственный эффект от проведенной термордиотерапии был следующим: полная резорбция

опухоли — 37,8% случаев, резорбция более 50% — 42,2%, без эффекта — 2,2%, эффект не оценен (2-я группа) — 17,8%.

Различные лучевые реакции и осложнения отмечены у 68,9% больных.

Суммарная 5-летняя выживаемость у 45 больных, получавших терморрадиотерапию, вычисленная по таблицам дожития, составила 75,1%. Рецидивы наступили у 15,8% больных, т.е. в 3,9 раза меньше, чем после экстирпации, и в 5,4 раза меньше после чисто лучевого лечения, разница статистически достоверна.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Меланомы встречаются в достаточно высоком проценте случаев среди опухолей анального канала. Химиотерапия при плоскоклеточном раке анального канала применяется редко в связи с его резистентностью, хотя известны схемы, включающие метамизин и

фторурацил. Группы сравнения в наших исследованиях были одинаковыми.

ПРЕНИЯ

М.Р.Лициницер. В США резко возросла заболеваемость раком анального канала. Хотелось бы услышать о формировании будущих программ. В США широко применяется цисплатина и лейковин часто в сочетании с лучевой терапией. При меланоме эффективна адьювантная терапия.

Н.А.Тихонова. Прекрасен иллюстративный материал. Проведено глубокое научное исследование.

Б.К.Поддубный (председатель). В докладе отражена глубокая и серьезная работа авторов. Подчеркнуты трудности диагностики. К сожалению, высок процент местнораспространенных неоперабельных форм. Среди перспективных методов лечения целесообразно помнить о лазерной деструкции опухолей.