

# Хроника

## ПРОТОКОЛ

377-го заседания Научного общества онкологов Москвы и Московской области от 29 ноября 1990 г.

Председатель — проф. А.И.Пирогов  
Секретарь — канд. мед. наук В.В.Брюзгин

## ПОВЕСТКА ДНЯ

### Доклады

1. Ю.И.Патютко, А.И.Барканов, Т.К.Холиков, А.Т.Лагошный, В.М.Самойленко, Е.В.Савельева, И.А.Ли. Первый опыт комбинированного лечения местнораспространенного рака поджелудочной железы с использованием криохирургии (ВОНЦ АМН СССР).

В последнее время криогенный метод нашел применение в абдоминальной онкологии при лечении опухолей печени, желудка и поджелудочной железы. Первые клинические исследования криогенного метода лечения рака поджелудочной железы показали перспективность и эффективность нового метода лечения.

Представлен опыт экспериментальных исследований на 40 собаках и клинического использования криодеструкции у 30 больных неоперабельным раком поджелудочной железы, у 8 из них криодеструкция сочеталась с билиодигестивными операциями. У 16 из 30 больных криодеструкция опухоли была как самостоятельный вид лечения и у 14 сочеталась с лучевой терапией. Лечение проводилось отечественными аппаратами "Криозлектроника-2" и "Криозлектроника-4", работающими на жидком азоте. Температура рабочих частей — 170-180°C и экспозиция 10-20 мин. В зависимости от объема — замораживание опухоли в нескольких частях, оттаивание — самопроизвольное. После лечения только холодом болевой синдром исчез у 8 больных, у 9 — значительно уменьшился и у 8 — незначительно. Лучевая терапия проводилась на 10-12-е сутки после криодеструкции с разовой дозой 2-2,5 Гр и суммарной дозой 20-60 Гр. Осложнений не наблюдалось. После криолучевого лечения боль исчезла у 7 больных, значительно уменьшилась у 5 и незначительно — у 2. Радиоиммунологическое определение маркера СА-19-9 (продолженный рост и оценка эффективности лечения) проводилось у 12 больных с криодеструкцией и у 9 — с криолучевым лечением. У всех больных, подвергшихся только криодеструкции, начальная концентрация была повышена до 962—72 679 ед/мл. На 1-7-14-е сутки после лечения уровень снижался до 93 ед/мл и через 3 мес. повышался до 49 257 ед/мл. При комплексном обследовании выявлялись продолженный рост опухоли и дальнейшее метастазирование. В группе больных с криолучевым лечением начальный уровень — 856—18 049 ед/мл, на 14-й день после лечения — снижение до 8,4 ед/мл и на 3-й месяц — в пределах нормы. В послеоперационном периоде отмечалась тенденция к повышению общего числа Т-лимфоцитов. Контрольное обследование показало, что через 3 мес. после лечения инфильтрация зоны криовоздействия постепенно уменьшается с частичным замещением фиброзной тканью. Мы сочли возможным рекомендовать применение комбинированного, криолучевого метода лечения.

### ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Осложнений не было. Опухоль встала в ряде наблюдений в желудок и другие органы. Наличие отдаленных метастазов являлось противопоказанием для данного метода лечения. Лапаротомная рана ушивается с оставлением дренажа.

### ПРЕНИЯ

Ю.И.Патютко. Представлен первый опыт криогенного лечения опухолей поджелудочной железы, которые с трудом поддаются криовоздействию. Сложности с аппаратурой, наконечниками. Это лечение может применяться на любых органах, но опасно на полых органах. Контроль маркеров позволяет оценить эффективность лечения. Более перспективно криолучевое лечение. Этот метод успешно конкурирует с лучевым лечением на микросекундном уровне.

А.И.Пирогов. Представлен опыт применения криовоздействия в плане паллиативного лечения, но больше перспектив при использовании как фрагмента радикального лечения. Важно и изменение иммунологического статуса. Технику необходимо совершенствовать.

А.В.Михайловский. Криодеструкция опухолей головы и шеи в амбулаторных условиях, демонстрация кинофильма "Хроника одного визита" (ВОНЦ АМН СССР, ВГИК).

Представлен 10-летний опыт амбулаторного криогенного лечения злокачественных опухолей кожи, губы, слизистых оболочек (меланома, рак, базалиома) и некоторых доброкачественных опухолей (травмированный пигментный невус и др.). Отдаленные результаты свидетельствуют о конкурентоспособности метода с хирургическим и лучевым лечением этих опухолей. Немаловажным является и психологический фактор амбулаторного и безболезненного лечения. Преимущество также и в простоте, экономии койко-дней, недорогой аппаратуре. Метод доступен и для лечения лиц пожилого, старческого возраста. За последние 5 лет лечено 2930 больных, из них с базалиомой — 2200, меланомой — 95, раком кожи и губы — 145, некоторыми доброкачественными опухолями — 490. Метод широко внедрен во многих онкологических диспансерах и клиниках медицинских институтов страны. Представленный фильм рассчитан на студентов медицинских институтов, онкологов, курсантов кафедр институтов усовершенствования врачей. Наглядно показаны методика криовоздействия и механизм действия холода на опухолевые клетки.

3. А.И.Пачес, В.В.Шенталь, Т.Д.Таболниновская, Т.П.Птуха. Криодеструкция опухолей головы и шеи — итоги 20-летнего исследования (тезисы доклада не представлены).

### ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Проведенная работа показывает преимущества криогенного воздействия перед хирургическими и лучевыми методами. Криовоздействие ускоряет регенеративные процессы. Результаты лечения меланомы кожи холодом не хуже, чем при других видах лечения, а при ряде локализаций имеют и преимущества. Положительным фактором являются предшествующее лазерное воздействие и лучевая терапия. Магнитотерапия и СВЧ-терапия имеют потенцирующий эффект. В нашей стране налаживается выпуск аппаратуры для криогенного воздействия.

### ПРЕНИЯ

Б.И.Поляков. Криогенное воздействие находит все новые области применения, в частности в абдоминальной хирургии.

Л.Н.Смагина. Криовоздействие является методом, который можно широко использовать и надо шире его пропагандировать.

В.В.Шенталь. Метод находит мировое распространение ввиду его доступности и высокой эффективности.

А.И.Пирогов. При лечении визуальных опухолей можно рассчитывать на радикальность лечения с помощью криовоздействия, чего нельзя пока сказать в абдоминальной онкологии. Метод высокоспецифичен и подлежит широкому внедрению.

## ПРОТОКОЛ

378-го заседания Московского научного общества онкологов от 27 декабря 1990 г.

Председатель — проф. А.И.Пирогов  
Секретарь — канд. мед. наук Е.П.Симакина

### Демонстрация

Т.К.Дудицкая, Е.Г.Матякин, И.Г.Ольховская. Демонстрация больного после удаления злокачественной парафарингеальной опухоли (ВОНЦ АМН СССР).

Больной К., 31 года, в 1986 г. во время тонзиллэктомии выявлена плотная, располагавшаяся сзади от миндаликовой ниши с распространением под основание черепа, признанная "неоперабельной" опухоль, через 4 года после операции поступил в ВОНЦ АМН СССР. При исследовании выявлено несмещаемое, покрытое неизмененной слизистой новообразование в области заднебоковых отделов ротоглотки с деформацией шеи. По данным компьютерной томографии, размеры опухоли 8х4х8 см, без дифференцировки сосудистого пучка и признаков деструкции основания черепа. Поражения зон регионарного лимфооттока и отдаленных метастазов не выявлено. Отмечены также парез подъязычного нерва, парез левой половины гортани и симптом Гарнера. При цитологическом исследовании пунктата обнаружена кровь.

В качестве предоперационной подготовки проводилась тренировка сосудов шеи путем пережатия общей сонной артерии по Маттасу. Во время операции выявлено, что опухоль, расположенная в развилке общей сонной артерии, охватывала обе ее ветки и все черепно-мозговые нервы каудальной группы. Выделение опухоли сопровождалось большими техническими трудностями. Наружная сонная артерия и ее ветви, IX, X, XI, XII черепно-мозговые нервы и пограничный симпатический шейный ствол пересечены. Внутренняя сонная артерия, сохранившая просвет около 0,5 см в диаметре, сохранена, выделена из опухоли путем рассечения последней и прослежена почти до основания черепа, однако вблизи основания черепа стенка сосуда была резко истончена и выделение из толщи опухоли становилось опасным из-за невозможности лигирования. Произведено частичное удаление опухоли. Поверхность опухоли умеренно кровоточила. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. При гистологическом исследовании выявлена хемодектома с выраженным гиалинозом стромы. После операции у больного наступил развернутый каудальный паралич, который обычно очень тяжело переносится больными, однако явления пареза этих нервов до операции позволили больному достаточно быстро компенсироваться. Сейчас глотание не нарушено, дыхание свободное.

Как следует из приведенных данных, дооперационный диагноз, несмотря на применение современных методов исследования, был возможен лишь на уровне указаний на локализацию и предположительно на нейрогенный морфогенез, что типично для опухолей данной области. Высокое распространение по ходу внутренней сонной артерии и невозможность радикальной операции предварительно не были установлены, что подтверждает необходимость изыскания новых подходов к дооперационной оценке операбельности этого типа опухолей.

#### ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Шунтирование сосудов нами применялось в одном случае. Летальности не наблюдалось. Явления гемиплегии были преходящими.

#### ПРЕНИЯ

Е.Г.Матякин. Данное наблюдение относится к "студенческим" случаям ошибочного удаления миндалины, что в последующем затруднило исследование. По своей природе эта опухоль — десмоид. Удаление проводилось кускованием. Кровопотеря была минимальной. Морфологический диагноз не вызывал сомнений. Опыт сосудистой пластики составляет около 15 больных.

А.И.Пирогов (председатель). Демонстрация представляет исключительный интерес. Несмотря на наличие опухоли, в ряде случаев предпринимаются неадекватные заболеванию оперативные вмешательства типа тонзиллэктомии. Длительное существование опухоли у этого больного способствовало развитию определенных компенсаторных механизмов для кровоснабжения головного мозга, чему также содействовала предоперационная тренировка каротид. Как показал опыт, в этом случае не было оснований стремиться к особому радикализму, так как этот тип опухоли отличается медленным темпом роста.

#### Доклад.

С.О.Подвизников. Злокачественные внеорганные опухоли головы и шеи (ЦОЛИУВ, ВОНЦ АМН СССР).

Внеорганные опухоли головы и шеи — редкая патология, составляющая 3-5% от всех опухолей данной локализации, среди которых злокачественные новообразования встречаются в 30-33% случаев.

В клиниках ВОНЦ АМН СССР с 1971 по 1979 г. наблюдались 130 больных с морфологически доказанными злокачественными внеорганными опухолями головы и шеи (ЗВОГШ) в возрасте от 16 до 69 лет. Из них 67% поступили с первичными новообразованиями, 33% — с рецидивами. Гистогенетическая принадлежность ЗВОГШ представлена в 63,9% случаев новообразованиями мезенхимальной природы, в 34,6% — нейрогенной, в 1,5% — дисэмбриональными опухолями.

При выявлении ЗВОГШ следует проводить дифференциальный диагноз между органическими образованиями, лимфопролиферативным поражением и метастазами рака в лимфатические узлы шеи. Клиническая диагностика затруднена в связи с отсутствием патогномичных симптомов. Используются инструментальные методы диагностики. Однако каждый диагностический метод имеет предел разрешающей способности. Информативность цитологического метода составляет 45,6%. Ангиографическое исследование помогает в 66,7% случаев поставить правильный диагноз. Характерная ангиографическая картина хемодектомой шеи позволяет в 85,7% случаев правильно их диагностировать, тогда как для саркомы мягких тканей четкой ангиографической картины не выявлено. Компьютерная томография имеет огромное значение в топической диагностике и определении характера опухоли. Информативность метода составляет 37,1%. Ультразвуковая томография позволяет в 42,8% случаев установить правильный диагноз. Однако при выявлении каротидных хемодектомой информативность метода достаточно высока (75%), что позволяет считать его перспективным, способным заменить ангиографию в диагностике опухолей, локализующихся в области развития общей сонной артерии. Применение комплексного метода обследования улучшает дооперационную диагностику ЗВОГШ до 67%.

Из 130 больных специальному лечению подверглось 128 (98,5%). Больным проводились различные методы лечения, основным из которых был хирургический. Наиболее сложными для удаления являются опухоли парафарингеальной области. В связи с труднодоступностью анатомической зоны операция часто заканчивается выживанием или фрагментальным удалением новообразования. Это диктует необходимость проведения комбинированного лечения ЗВОГШ данной локализации. При анализе результатов лучевого лечения выявлены опухоли, наиболее чувствительные к данному методу: фибросаркомы, липосаркомы, ангиосаркомы, синовиальные и рабдомиосаркомы, хемодектомы. Клинический эффект отмечается при СОД 50 Гр и более. Эффект от химиотерапии отмечен у 46,7% больных. Наиболее эффективной является схема CYVADIC, препараты платины. 5-летняя выживаемость больных составила 61% при хирургическом, 49% — при комбинированном, 52,5% — при комплексном лечении.

Рецидивы ЗВОГШ были отмечены в 53,8% случаев. Регионарные метастазы отмечены в 20,5%, отдаленные метастазы — в 23% случаев, что значительно ниже показателей при саркомах мягких тканей конечностей и туловища.

Таким образом, злокачественные внеорганные опухоли головы и шеи, являясь редкой патологией, характеризуются многообразием морфологических форм и своеобразием клинического течения заболевания.

Комплексная диагностика позволяет выявить эти опухоли в 67% случаев.

Ведущим методом лечения данной патологии является хирургический, 5-летняя выживаемость больных при котором составляет 61%.

## ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Среди 13 наблюдаемых нами больных у 3 имелись опухоли в парафарингеальной области. По данным В.Кирова (1983), десмоидные опухоли шеи рецидивируют в 25% случаев. Сложным остается вопрос разработки морфологических критериев злокачественности хемодекма.

## ПРЕНИЯ

В.П.Летягин. Доклад исчерпывающе осветил проблему злокачественных внеорганных опухолей шеи. Конечно, остается много дискуссионных вопросов и в первую очередь подходов к выбору показаний для современных видов лечебного воздействия.

Г.Г.Матякин. Опухоли данной зоны отличаются различной чувствительностью к лучевому или лекарственному воздействию, в ряде случаев оправдано комбинированное или комплексное лечение.

С.О.Подвизников. Пластика сосудов является одним из наиболее ответственных этапов хирургического вмешательства после резекции внутренней сонной артерии. Важны вопросы технических подходов: анастомозы конец в конец или в бок, а также тип пластического материала. Обязательной является тренировка сосудов по Матассу.

А.И.Пирогов (председатель). Доклад представляет значительный интерес. Разработаны критерии клинических, морфологических, гистогенетических и лечебных подходов. С учетом факторов радиочувствительности перспективно применение комбинированных и комплексных методов лечения.

## ПРОТОКОЛ

## 379-го заседания Научного общества онкологов Москвы и Московской области от 31 января 1991 г.

Председатель — проф. А.С.Мамонтов

Секретарь — И.В.Решетов

## Демонстрация

В.В.Соколов, А.А.Трахтенберг, Г.А.Франк. Наблюдения после эндоскопического лечения начальных форм рака легкого (МНИОИ им.П.А.Герцена)

В последнее десятилетие широкое применение скрининговых программ, совершенствование диагностических методов увеличило число пациентов с начальными формами центрального рака легкого. С другой стороны, тяжесть сопутствующей патологии, высокий процент первично-множественных опухолей делают невозможным у части пациентов выполнение радикальных операций, что стимулирует поиск нетрадиционных подходов к их лечению, включая и эндоскопические.

В МНИОИ им.П.А.Герцена эндоскопические методы лечения пре- и микроинвазивного рака легкого разрабатываются с 1984 г. Для удаления опухоли бронха мы используем АИГ-неодимовый лазер и высокочастотный электрокоагулятор. Курс лечения начального рака легкого, как правило, состоит из 1-3 сеансов с интервалом 5-6 дней. Через 12-14 дней проводится контрольная бронхоскопия с обязательной биопсией. В дальнейшем в течение первого полугодия контроль осуществляется ежемесячно, затем 1 раз в 3 мес, через год и более — раз в полугодие.

Представляем 4 наблюдения после успешно проведенного эндоскопического электролазерного лечения начального центрального рака легкого в сроки от года до 6 лет и более.

Больной М., 56 лет, в апреле 1984 г. был направлен в МНИОИ с рентгенологической картиной правосторонней пневмонии и подозрением на центральный рак легкого. При бронхофиброскопии в VI верхушечном сегментарном бронхе нижней доли правого легкого выявлена подвижная полиповидная опухоль диаметром 5 мм с основанием на гребне межсубсегментарной шпоры. Гистологическое исследование биоптата — плоскоклеточный малодифференцированный рак. Дополнительное рентгенологическое исследование, радиопневмография, радиоизотопная скинтиграфия, лапароскопия не выявили метастатического расп-

ространения опухоли, диагностирован центральный рак нижней доли правого легкого I стадии (T1N0M0). Сопутствующая патология: цирроз печени, стадия декомпенсации, асцит. После 2-месячного курса лечения сопутствующего заболевания и стабилизации состояния больного 18 и 24 июля 1984 г. проведено 2 сеанса электрокоагуляции опухоли В6. Больной наблюдается после лечения в течение 6 лет и 5 мес, выполнено 14 контрольных бронхофиброскопий и биопсий — рецидива нет. На контрольной рентгенограмме легких — без патологии. Эндоскопически на месте опухоли белесоватый рубец, при гистологическом исследовании биоптата из зоны рубца — фиброз подслизистого слоя с покровом из многослойного плоского эпителия. В настоящее время у больного отмечается прогрессирование цирроза печени, нарастание асцита и печеночной недостаточности.

Больной Б., 70 лет, поступил в МНИОИ в декабре 1988 г. с диагнозом: центральный рак нижней доли левого легкого III стадии — T3N1M0 (плоскоклеточный умеренно дифференцированный рак). Сопутствующие заболевания: хроническая ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, хронический обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность IV степени. На рентгенограмме — полный ателектаз левого легкого. При бронхофиброскопии — экзофитная опухоль obturates левый главный бронх. Принимая во внимание тяжесть сопутствующей патологии, низкие резервы дыхания, сомнительность хирургической операбельности, составлен следующий план лечения: на первом этапе — эндоскопическая операция с целью удаления эндобронхиальной части опухоли и ликвидации ателектаза легкого. На втором этапе — дистанционная лучевая терапия. Под местной анестезией с помощью бронхофиброскопа, АИГ-неодимового лазера и электрокоагуляции 20, 23 и 26 января 1989 г. удалена экзофитная часть опухоли, восстановлена проходимость бронха. Лучевая терапия проведена по радикальной схеме динамического фракционирования, СОД 60 Гр. При контрольной бронхофиброскопии через 3 мес после окончания лечения определяется полная резорбция опухоли левого нижнедолевого бронха, на рентгенограмме левое легкое полностью расправлено. При тщательном осмотре бронхов правого легкого в промежуточном бронхе выявлен шероховатый участок утолщенной слизистой размером 46 мм, гистологическое исследование биоптата — плоскоклеточный микроинвазивный рак. Дополнительное томографическое исследование промежуточного бронха не выявило перибронхиального компонента опухоли. Таким образом, диагностирован второй синхронный начальный центральный рак правого легкого и 10 июля 1989 г. произведена эндоскопическая электрокоагуляция опухоли. За время последующего наблюдения выполнено 6 бронхофиброскопий с биопсией — рецидива первой и второй опухоли нет. Срок наблюдения после лечения первой опухоли 1 год и 10 мес, второй — 1 год 6 мес.

Больной С., 47 лет. В МНИОИ 15 июня 1982 г. по поводу центрального рака верхней доли левого легкого II стадии (T2N0M0) выполнена операция — пневмонэктомия. При контрольной бронхофиброскопии 1 октября 1984 г. через 2 года 4 мес. после операции выявлена вторая, метакронная опухоль в области межсубсегментарной шпоры В1а в верхней доле правого легкого. При гистологическом исследовании биоптата — плоскоклеточный микроинвазивный рак. Электрокоагуляция опухоли через бронхофиброскоп выполнена 9 и 16 октября 1984 г. Больной наблюдается 8,5 года после пневмонэктомии слева и 6 лет 4 мес после электрокоагуляции второй опухоли, выполнено 22 бронхофиброскопии — рецидива опухоли нет.

Больной Р., 44 лет, впервые обратился в МНИОИ 6 июня 1988 г. Диагностирован рак гортани IIa стадии, по поводу чего проведена лучевая терапия, СОД 63 Гр. При контрольном осмотре через 2 мес отмечена резорбция опухоли гортани, а при бронхофиброскопии обнаружено три очага начального рака бронхов обоих легких: в правом главном, на стенке В6 нижней доли слева и в области шпоры В1+2 верхней доли слева. Гистологическое исследование биоптатов: в правом главном бронхе в В6 — микроинвазивный плоскоклеточный рак, в В1+2 — преинвазивный рак. Для лечения трех очагов начального рака лег-

кого предпринято эндоскопическое лечение (17, 23 и 29 августа 1988 г.) с использованием АИГ-неодимового лазера и электрокоагуляции. Через год при бронхофиброскопии диагностирован четвертый очаг микроинвазивного рака с локализацией на стенке левого верхнедолевого бронха. Рентгенография, компьютерная томография легких и средостения не выявили признаков опухолевого поражения. Произведена электрокоагуляция опухоли. Через 2,5 года после начала лечения больного при очередной бронхофиброскопии в зоне лазерной и электрокоагуляции опухолей плоские белесоватые рубцы, но на верхней стенке устья правого верхнедолевого бронха диагностирован пятый микроинвазивный плоскоклеточный рак с диаметром пораженного участка слизистой 56 мм. Электрокоагуляция пятой опухоли легкого выполнена 18 января 1991 г. При осмотре 24 января 1991 г. в зоне коагуляции некротический налет, цитологическое исследование скарификата из зоны коагуляции и окружающей слизистой опухолевых клеток не выявило.

Таким образом, представленный материал указывает на возможность эндоскопического лечения начального центрального рака легкого с помощью электрокоагуляции и лазерной деструкции. Успех лечения в первую очередь зависит от совершенства применяемых диагностических методов, правильного определения показаний и возможности регулярного динамического рентгеноэндоскопического и морфологического контроля с участием высококвалифицированных специалистов.

#### ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Эндоскопическое лечение проведено у 75 пациентов, причем у многих из них были синхронные и метакронные опухоли. Темп удвоения опухолей в среднем около 3 мес. Неудачи встретились у 6 больных: рецидив на месте ранее излеченной опухоли возник в сроки от 3 до 12 мес.

#### ПРЕНИЯ

В.И.Борисов. Приведенные наблюдения уникальны, они свидетельствуют о расширении возможностей лечения "ранних" раков трахеобронхиального дерева. Определены перспективы с применением гематопорфиринов.

А.С.Мамонтов (заключительное слово председателя). Демонстрации свидетельствуют о больших перспективах нового направления в онкологии: эндоскопической хирургии малых раков.

#### Доклад

С.А.Седых, В.М.Араблинский, А.С.Мамонтов. Лучевая диагностика регионарных метастазов опухолей пищеварительного тракта. (Доклад не представлен.)

#### ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Предложенный диагностический ряд существенно влияет на лечебную тактику, нацеливает хирурга на начало лечения именно с диагностической лапаротомии. Ряд эхографических признаков позволяет различать гиперплазию лимфатического узла и его метастатическое поражение.

#### ПРЕНИЯ

Л.А.Вашакмадзе. Комплекс диагностических методов позволяет существенно изменить тактику лечения. Перспективы дальнейшего развития метода в дополнении диагностической пункцией подозрительных лимфатических узлов.

С.И.Папандополо. Имеет смысл начинать исследования с УЗИ, что позволяет сократить время.

А.С.Мамонтов (заключительное слово председателя). Доклад представляет большой интерес, так как тематика исследования весьма перспективна. Ее дальнейшая разработка позволит значительно оптимизировать истинное знание распространенности опухолевого процесса до операции и, следовательно, существенно влиять на выбор тактики лечения.