

Протокол 497-го заседания научного общества онкологов Санкт-Петербурга и области совместно с Хирургическим обществом Пирогова от 27 ноября 2013 г.

*Председатель общества онкологов
член. корр. РАМН, проф. В.Ф. Семиглазов
Председатель Хирургического общества Пирогова
Проф. Б.Н. Котив*

Демонстрации

Б.Н. Котив, И.И. Дзидзава, А.А. Кочаткова, А.А. Поликарпов, А.В. Смородский, А.В. Слободяник (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ, ФГБУ РНЦРХТ МЗ СР, Санкт-Петербург, директор академик А.М. Гранов) «Пятилетний результат комбинированного лечения больной аденокарциномой сигмовидной кишки с метастатическим поражением печени»

Больная Л., 36 лет поступила в клинику госпитальной хирургии 16.10.2008 г. с жалобами на периодическую тошноту в утреннее время и слабость. При пальпации в левой подвздошной области в проекции сигмовидной кишки выявлено образование размерами 7х8 см. При УЗИ, КТ в правой доле печени обнаружено два очаговых образования диаметром до 90 мм. По результатам ФКС выявлена стенозирующая опухоль сигмовидной кишки. При морфологическом исследовании – умеренно дифференцированная аденокарцинома. Установлен диагноз: аАденокарцинома сигмовидной кишки T4NxM1 (печень).

30.10.2008 г. пациентке выполнена резекция сигмовидной кишки с формированием анастомоза «конец-в-конец», правосторонняя расширенная гемигепатэктомия, лимфодиссекция, дренирование холедоха через пузырный проток. Течение послеоперационного периода осложнилось правосторонним ассоциированным гидротораксом, что потребовало плевральной пункции, для эвакуации экссудата. Дренаж из холедоха удален на 17 сутки. Выписана на 19 сутки после операции. При иммуногистохимическом исследовании индекс Ki-67 — 40%.

С целью продолжения лечения в РНЦРХТ проведено 4 курса (16.12.08 г., 20.01.09 г., 11.03.09 г. 12.05.09 г.) регионарной интраартериальной химиоинфузии печени (5,0 г 5-фторурацил; 100,0 мг элоксатин; 500,0 мг лейковарин).

С 10.06.09 г. по 20.06.09 г. находилась на лечении Городской больницы № 26 по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости, где 11.06.09г. выполнена лапаротомия, ревизия, разделение спаек, назогастроинтестинальная интубация, санация и дренирование брюшной

полости. Признаков прогрессии основного заболевания не обнаружено. Послеоперационный период протекал гладко.

Период наблюдения составил 5 лет.

Цель демонстрации: показать возможность и эффективность симультанных оперативных вмешательств в комбинированном лечении колоректального рака с метастатическим поражением печени.

В.Ф. Семиглазов (председатель). Яркая демонстрация успешного применения комбинированного лечения.

А.В. Павловский, А.А. Поликарпов, В.Н. Пылысалов, С.А. Попов, С.Д. Долгих («Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава РФ, директор – академик РАМН А.М. Гранов) «Отдаленный результат современной внутриартериальной химиотерапии и циторедуктивной хирургии рака желудка с множественными метастазами в печень»

Пациентка Ф., 67 лет, обратилась в центр в декабре 2011 г. с жалобами на общую слабость, похудание на 5 кг за последние 3 мес., дискомфорт и тяжесть в эпигастральной области после еды, потерю аппетита. Установлен диагноз: аденокарцинома выходного отдела желудка T4Nx-2M1(печень биллобарно). По данным ФГДС и рентгеноскопии желудка антральный отдел желудка деформирован за счет инфильтративно-экзофитного рака с изъязвлением. При многослойной компьютерной томографии (МСКТ) органов брюшной полости: во всех отделах печени множественные образования размерами около 1 см в диаметре. Увеличение лимфатических узлов (размеры перигастральных – от 5 до 11 мм, в воротах печени – 14 мм, парааортальных с двух сторон до 6-7 мм). Указанные изменения расценены как метастатические. Асцита нет. РЭА более 50 нг\мл.

По данным ангиографии отмечена особенность сосудистой анатомии: отхождение левой печеночной от левой желудочной артерии. Выполнена химиоэмболизация печени (10 мг митомидина С + 5 мл липиодола) с оставлением катетера в чревном стволе для регионарной химиоинфузии препаратами гемзар, элоксатин, таксотер в регионарной дозировке из расчета

75% от системной дозы. Процедуру перенесла без осложнений.

В феврале и апреле 2012 г. дважды выполнялись повторные циклы химиоэмболизации и химиоинфузии. По данным диагностической ангиографии и контрольной МСКТ органов брюшной полости через 5 мес от начала лечения определялся частичный ответ на проводимое лечение, компактное накопление рентгеноконтрастной масляной субстанции (липиодол) в проекции ранее определявшихся метастатических очагов в правой доле печени. В левой доле отмечалось увеличение размеров и количества метастатических узлов, что оценено как результат особенностей сосудистой анатомии. При этом со стороны первичной опухоли желудка не было выявлено прогрессирования заболевания. Учитывая отсутствие признаков нерезектабельности опухоли желудка, принято решение о выполнении хирургического вмешательства.

За неделю до оперативного лечения была выполнена химиоэмболизация, а также химиоинфузия в чревный ствол.

11.05.2012 г. произведена дистальная субтотальная резекция желудка, спленэктомия, лимфодиссекция в объеме D2, левосторонняя гемигепатэктомия, холецистэктомия. При патоморфологическом исследовании удаленного препарата: умеренно-дифференцированная аденокарцинома, вовлекающая все слои стенки желудка. Лимфатические узлы без опухолевых элементов с наличием олеогранулемы (липиодол) в одном из 17, подвергшихся диссекции. Субтотальный некроз метастазов в левой доле печени. Иммуногистохимическое исследование: умеренно-дифференцированная аденокарцинома интестинального типа, прорастающая все слои стенки желудка. В 1 из лимфоузлов очаг некроза, возможно как следствие лекарственного патоморфоза предшествующей опухоли. В печени очаги полностью некротизированной опухоли. Индекс Ki-67 более 50%.

За время амбулаторного наблюдения отмечает улучшение самочувствия, жалоб не предъявляет, набрала в весе. Отмечается снижение и стабилизация уровня онкомаркера СЕА до 7,5 нг/мл. В июле и декабре 2012 г., июне 2013 г. выполнены повторные циклы внутриартериальной регионарной химиотерапии. При контрольном обследовании (МСКТ, целиакография, ПЭТ) через 14 мес после оперативного лечения данных за рецидив заболевания не выявлено.

Представленное наблюдение свидетельствует, что разумная стратегия применения комбинированного лечения, с преимущественным использованием интервенционных методик в качестве индивидуального подхода к лечению распространенных форм РЖ является перспективным

направлением улучшения результатов лечения данной категории пациентов.

Ответы на вопросы

Диоксадэт не использовали, в нашем распоряжении были самые современные химиотерапевтические средства. Накопление химиоэмболизата в различных участках неодинаково, зависит от кровоснабжения. Данная методика разрабатывается нами давно, 10 лет назад мы представляли уже возможность эмболизации печени, поджелудочной железы и полых органов. Сегодняшний случай является первым использованием химиоэмболизации печени при билобарном ее повреждении.

Прения

Г.И. Гафтон. Авторы первой демонстрации получили блестящий эффект. Пятилетняя ремиссия при таком распространении опухоли показывает, что выбрана правильная лечебная тактика. Во второй демонстрации тоже комбинированная терапия позволила получить хороший результат лечения. Но в этих двух демонстрациях речь идет о разных раках, о различной степени распространения опухоли. В первом случае было возможно произвести максимальное удаление опухоли, во втором - нет. Главным следует считать эффективность комбинированной тактики лечения. Поздравляю авторов с успехом.

А.М.Беляев. Поздравляю авторов обеих демонстраций с полученным прекрасным эффектом лечения распространенных опухолей. В первой демонстрации основным в лечении было хирургический этап, а во второй – химиотерапия.

В.Ф. Семиглазов (председатель). Методика эмболизации разрабатывается давно. Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имеет в этой области большой опыт и успешно разрабатывает новые подходы.

ДОКЛАД

В.В. Анисимов, Г.И. Гафтон, Ю.В. Семилетова, В.Г. Лемехов, М.Ю. Мяснянкин, И.Г. Гафтон (НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, директор - проф. А.М. Беляев) «Оптимизация методов лечения больных с рецидивами меланомы кожи»

Меланома кожи является уникальной опухолью в клинической онкологии, способной демонстрировать редкое многообразие своего клинического течения. Прогноз или исход заболевания у пациентов зависит от многочисленных факторов, характеризующих первичную опухоль и организм больного, а также от выбора метода лечения.

Материалом для настоящего исследования послужили ретроспективные клинико-морфоло-

гические данные о 838 больных с гистологически верифицированной первичной меланомой кожи pT1-4N0M0, радикально оперированных в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова с января 1985 по декабрь 2003 гг.

У 374 (44,5%) пациентов из 838 больных меланомой кожи после радикального хирургического лечения первичной опухоли в различные сроки наблюдения появились признаки рецидивы. Под рецидивом заболевания понималось возникновение у больных любого вида прогрессирования меланомы кожи в различные сроки после радикального хирургического лечения первичной опухоли.

Выводы исследования:

1) Проведение больным с локо - регионарным рецидивом заболевания химиотерапии после хирургического лечения достоверно не улучшает показатели их пострецидивной выживаемости. Медиана пострецидивной выживаемости при хирургическом и химиотерапевтическом лечении составила 20 мес., тогда, как в контрольной группе – 18 мес. ($p>0,05$). Целесообразно сочетание хирургического лечения с иммунотерапией у этих больных ($p=0,08$).

2) У больных с отдаленными метастазами, хирургическое лечение в сочетании с лекарственной терапией достоверно улучшает показатели пострецидивной выживаемости по сравнению с одним только хирургическим или лекарственным лечением. Медиана пострецидивной выживаемости при комбинированном лечении составила 22 месяца, тогда как при других видах лечения 5 мес. ($p<0,05$).

Ответы на вопросы

Используется химиотерапия, хороший эффект получен при применении таргетных препаратов. Проводится изолированная регионарная перфузия мелфоланом и имеется уже пятилетний результат наблюдения за этими пациентами.

Прения

Г. И. Гафтон. 24 больным меланомой кожи конечностей в период с марта 2004 г. по декабрь 2010 г. в составе комбинированного лечения была

выполнена изолированная регионарная перфузия (ИРП) конечности. В 56% случаев удалось добиться частичного регресса опухоли. К моменту завершения ИРП конечности концентрация мелфалана в перфузионном растворе уменьшается на 93% от исходной дозы, в основном, за счёт накопления цитостатика в мягких тканях конечности и опухолевой ткани. Выполнение ИРП конечности больным с множественными транзитными метастазами позволяет достоверно увеличить безрецидивный интервал и показатели общей выживаемости.

А.М. Беляев Очень важно при лечении больных с рецидивами меланомы кожи правильно планировать лечение. Важно также определить, где должны лечиться такие больные. Объем оперативного вмешательства должны определять онкологи. К нам в Институт часто попадают пациенты, которые до этого неправильно лечились по поводу пигментных новообразований в поликлиниках и больницах общего профиля. Г.И. Гафтон в России имеет самый большой опыт в лечении меланом конечностей с использованием регионарной перфузии. Хороший результат дает использование таргетных препаратов. В США при их применении ремиссии достигают в 60-70 % случаев. Минздрав дал разрешение на использование таргетных препаратов в нашем Институте. Можете направлять в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова больных с диссеминированными формами меланом.

В.Ф. Семиглазов (председатель). Доклад очень важен. Заболеваемость меланобластомой растет, одна из причин этого любовь населения загорать. Эффективность применяемого лечения, как правило, не высока. Часто больные начинают лечение в поликлиниках и клиниках по месту жительства и попадают в Институт онкологии уже с отдаленными метастазами. Разрабатываются различные методы для выявления метастазов в ближайших и отдаленных лимфатических узлах, в частности, используются изотопы. Но главным в получении хорошего терапевтического результата остается ранняя диагностика и лечение в специализированном учреждении.