ПРОТОКОЛ 492 ЗАСЕДАНИЯ ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ от 10 ОКТЯБРЯ 2012 года СОВМЕСТНО С 2399 ЗАСЕДАНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатели: проф. М.П. Королев
проф. А.М. Беляев

Секретарь: к.м.н. Е.В. Цырлина

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *В.Н. Польшалов, С.А. Попов, А.Ч. Габбаров, С.Д. Долгих, А.А. Кудряшов* (Российский научный центр радиологии и хирургических технологий) «Сложности диагностики и особенности хирургического лечения при гигантской внеорганической опухоли брюшной полости»

Пациент 54 лет в августе 2011 г. отметил снижение веса на 6 кг и увеличение размеров живота. При УЗИ органов брюшной полости выявлено гигантское новообразование размерами 26 x 16 x 27 см, неоднородной структуры, расцененное как опухоль левой доли печени. Результаты выполненной МСКТ представлялись неоднозначными — не исключалось наличие внеорганической опухоли брюшной полости. 06.10.2011 г. произведены диагностическая ангиография и селективная эмболизация артерий, обеспечивающих кровоснабжение опухоли. Выявлен вариант артериального кровоснабжения образования из левой добавочной печеночной артерии, отходящей от левой желудочной.

11.10.2011 г. выполнена операция — лапаротомия по Starzl, удаление гигантской внеорганической опухоли брюшной полости. При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании выявлены признаки недифференцированной злокачественной опухоли саркоматозной природы из оболочек периферических нервов.

Цель демонстрации — показать сложности, которые могут возникать при диагностике гигантской внеорганической опухоли брюшной полости, и возможность минимизации риска хирургического лечения за счет выполнения рентгеноэндоваскулярного вмешательства с механической эмболизацией артерий, обеспечивающих кровоснабжение опухоли.

Ответы на вопросы.

Первоначально источник опухоли был не ясен, УЗИ и КТ не дали четких результатов. С помощью эмболизации было достигнуто уменьшение размеров опухоли, что облегчило последующее хирургическое вмешательство. Пункционная биопсия до операции не проводилась, так как проведение консервативной терапии до операции не планировалось. Осложнением эмболизации может быть некроз опухоли.

Прения.

В.В. Олейников. Удаление таких больших опухолей может сопровождаться массивным кровотечением. Эмболизация может помочь предотвратить кровопотерю. При гигантских опухолях биопсию лучше не делать.

Л.Д. Роман. Нужно поздравить авторов с успешным лечением. Оперативное вмешательство при таких гигантских опухолях связано с большим риском. В то же время, эти опухоли не рецидивируют и консервативное лечение после операции не требуется. Следовательно, за этим большим нужно только наблюдать.

Г.М. Манихас. Сегодня подход к лечению гигантских опухолей изменился. Возможность проведения ангиографии и определения путей для эмболизации существенно облегчает работу хирургов. Эти опухоли подлежат толь-

ко хирургическому лечению. В ЛГОД в год оперируют 5-6 гигантских забрюшинных опухолей.

М.П. Королев (председатель). Благодарит авторов. Показано, какие могут быть диагностические подходы при гигантских забрюшинных опухолях. К сожалению, проводимые диспансерные обследования населения несовершенно. Представленный больной вырастил гигантскую опухоль, живя в Санкт-Петербурге.

2. *А.В. Решетов, С.М. Лазарев, И.О. Руткин, Е.Ю. Ломтева, Г.В. Николаев, Л.Б. Митрофанова, И.В. Антонова, О.Е. Какышева* (СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, Ленинградская областная клиническая больница, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова) «Случай мультидисциплинарного лечения редкой злокачественной опухоли легкого (бластомы) и ее отдаленных метастазов»

Частота бластомы легких среди оперированных опухолей легких по данным из различных стран составляет менее 1%. В литературе описывают лишь единичные случаи этого заболевания, и поэтому лечебная тактика при этой опухоли окончательно не определена. Пациент П., 24 лет, госпитализирован в октябре 2006 г. с жалобами на редкое кровохарканье, небольшую слабость и похудание. При обследовании выявлено округлое новообразование в нижней доле левого легкого. 27.10.2006 г. выполнена операция, при которой обнаружена больших размеров солидная опухоль, интимно связанная с корнем нижней доли. Выполнена нижняя лобэктомия слева с систематической лимфодиссекцией. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование позволили диагностировать бластому легкого без метастазирования в лимфатические узлы. В послеоперационном периоде больной консультирован онкологом. Учитывая радикальный объем операции, от адьювантного лечения решено воздержаться. В сентябре 2009 г. больной почувствовал слабость, боли в груди. При обследовании выявлена опухоль средостения 10 x 8 x 7 см, располагающаяся ретроперикардially. 15.11.2009 г. выполнена операция торакотомия справа, удаление опухоли средостения, которая при морфологическом и иммуногистохимическом исследовании оказалась метастазом ранее удаленной опухоли легкого. Учитывая циторедуктивный характер операции, в послеоперационном периоде пациенту проведен курс лучевой терапии в дозе 50 Гр на область средостения.

В октябре 2010 г. обнаружены единичные метастазы в правом легком и метастаз в оставшейся верхней доле левого легкого. С интервалом в 3 месяца выполнены удаление метастазов в правом легком и радиочастотная абляция метастаза в оставшейся части левого легкого. В перерывах между вмешательствами пациент получал ПХТ с учетом маркеров чувствительности к химиопрепаратам. В настоящее время пациент чувствует себя удовлетворительно, признаков прогрессирования заболевания не определяется.

Ответы на вопросы.

Из правого легкого было удалено 9 метастазов. Вопрос о химиоперфузии легкого не обсуждался, учитывая билатеральный характер поражения легких и выраженный спайчатый процесс.

Прения.

А.Л. Акопов. Обращают на себя внимание два обстоятельства. Первое, то, что при первом обследовании боль-

ного врачи расценили образование в легком как туберкулему и не лечили. Второе, это то, что удалось хирургическим путем убрать первичную опухоль и метастазы. Не всегда в такой ситуации применяют хирургический метод лечения, многие клиники, скорее всего, предпочли бы химиотерапию. Авторы показали, что хирургический подход к лечению и распространенной опухоли может быть эффективным. Авторы заслуживают высокой оценки своей работы.

А.М. Б е л я е в (председатель). Интересная демонстрация, показавшая возможности комплексного подхода в лечении опухоли легкого. В данном случае могла быть оправдана и перфузия легкого. Необходимо обратить внимание также на то, что при первом обращении пациента к врачам не был поставлен правильный диагноз.

По поручению Ассоциации онкологов Российской Федерации мне выпала честь вручить проф. Г.М. Манихасу медаль за преданность специальности и поздравить его от имени членов общества онкологов и хирургов.

Г.М. М а н и х а с. Благодарит. Считаю, что, в первую очередь, эта награда дана руководимому мною Городскому онкологическому диспансеру.

ДОКЛАД

Л.Д. Роман, Р.М. Лукьянчук, А.А. Смирнов, О.Б. Ткаченко, Н.А. Трушников, А.А. Кинзерский, Д.В. Семенухин (Ленинградский областной онкологический диспансер) «**Малоинвазивные методы лечения эпителиальных новообразований желудочно-кишечного тракта**»

В работе представлены результаты лечения 576 пациентов с доброкачественными и злокачественными эпителиальными новообразованиями пищевода, желудка и толстой кишки, прооперированных в период с 2009 по 2012 гг. в Ленинградском областном онкологическом диспансере с помощью эндоскопических методов. Для удаления доброкачественных новообразований применяли такие методы, как эндоскопическая полипэктомия, эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR), эндоскопическая резекция слизистой оболочки с аргонплазменной абляцией опухоли. Для ранних форм злокачественных образований использовали методику эндоскопической диссекции опухоли в подслизистом слое (ESD). Показанием для ESD являлись Tis-1a-1b (sm1) N0M0 опухоли желудочно-кишечного тракта. Показано, что используемые нами эндоскопические операции являются эффективными, безопасными и обоснованными с онкологической точки зрения методами лечения новообразований желудочно-кишечного тракта.

Ответы на вопросы.

Подслизистый слой после иссечения заживает как язвенный дефект. Через 2 месяца на месте удаленного образования остается звездчатый рубец. Стриктуры могут развиваться после удаления больших опухолей толстой кишки, их устраняют. Главный критерий для применения эндоскопической техники удаления образования — отсутствие инвазии в подслизистый слой. Решение о методе хирургического вмешательства принимает комиссия. Если в удаленном эндоскопически маленьком полипе есть прорастание в ножку, но нет инвазии, большого наблюдают. Максималь-

ный размер стелющихся ворсинчатых опухолей, которые могут быть удалены эндоскопически, — 12 см.

Прения.

А.М. Щ е р б а к о в. В докладе представлены возможности эндоскопического метода. Эндоскопическая хирургия давно и широко используется в развитых странах. В России этот метод появился позже, так как он требует наличия сложного оборудования. Докладчики имеют большой опыт в эндоскопической хирургии. Эндоскопические операции показаны при ранних стадиях образований ЖКТ; следовательно, чтобы их использовать должна быть налажена диагностика опухолей маленького размера. В последующем должны проводиться научные исследования в этом направлении.

А.М. Б е л я е в. Работа показала, как важна ранняя диагностика опухолей ЖКТ, и это задача не только онкологов, но и всех хирургов, которые сталкиваются с такими пациентами.

С.В. В а с и л ь е в. Авторы представили блестящую работу. Эндоскопические операции важны при лечении пожилых больных. Однако, хорошо, если за спиной эндоскописта стоит хирург. При прорастании опухоли в ножку нужно переходить к радикальной операции. Опухоли прямой кишки легко удаляются с использованием трансанальной эндоскопической микрохирургия (ТЭМ).

Л.Д. Р о м а н. В данном сообщении мы хотели представить наш опыт. Показать, какое нужно иметь оборудование для проведения эндоскопических операций, подчеркнуть важность ранней морфологической диагностики, что позволяет точно определить, в каких случаях выполнимо эндоскопическое удаление опухоли. Эндоскопический метод должен быть во всех отделениях, занимающихся лечением опухолей желудочно-кишечного тракта, но применять его нужно строго по показаниям.

О.Б. Т к а ч е н к о. При удалении ворсинчатых опухолей рецидивы возникают в 4-5%. Решая вопрос о возможности применения эндоскопической техники, нужно учитывать, что МРТ часто определяет размер (Т) опухоли больше, чем оно есть. В то же время, если при фрагментарном удалении новообразования есть инвазия даже в одном фрагменте, то необходимо перейти к оперативному удалению новообразования.

М.П. К о р о л е в (председатель). Эндоскопическая резекция опухолей существует 20 лет, диссекция — 17 лет. В Японии производят десятки тысяч эндоскопических удалений новообразований желудочно-кишечного тракта. Важна ранняя диагностика. При эндоскопическом удалении опухоли на ранней стадии рецидивы возникают в 3% случаев. Помимо визуальной эндоскопии существует масса новых эндоскопических техник, которые нужно внедрять в наших клиниках. Существующая у нас эндоскопическая диагностика еще далека от совершенства. Производят сотни тысяч эндоскопий, а ранних раков выделяют мало. Это результат плохой аппаратуры и не всегда внимательного отношения эндоскописта. Нужно помнить, что опухоль на слизистой растет 8 лет.

ПРОТОКОЛ 493 ЗАСЕДАНИЯ ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ от 28 НОЯБРЯ 2012 года СОВМЕСТНО С 2402 ЗАСЕДАНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА, ПОСВЯЩЕННОЕ 85-летию НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ОНКОЛОГИИ имени Н.Н. ПЕТРОВА

Председатели : проф. М.П. Королев
проф. А.М. Беляев
чл. корр. РАМН, проф. В.Ф. Семиглазов
Секретарь: к.м.н. Е.В. Цырлина

Заседание открыл директор НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова проф. А.М. Беляев, который подчеркнул роль Института онкологии в разработке новых подходов к лечению онкологических больных.

Был продемонстрирован фильм, посвященный 85-летию НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А.М. Карачун, Д.В. Гладышев, Ю.В. Пелипась, А.А. Доманский, К.К. Лебедев, М.А. Беляев, М.Е. Моисеев* (НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова, Городская больница № 40) «**Опыт успешного лечения гигантских опухолей слепой кишки**»

Пациент Е., 34 лет, обратился в Городскую больницу № 40 в апреле 2011 г. с жалобами на распадающуюся зловонную опухоль на коже правой подвздошной области, повышение температуры тела, периодические схваткообразные боли в животе. Из анамнеза известно, что в октябре 2010 г. больной был оперирован по поводу деструктивного аппендицита с формированием наружного кишечного свища. В марте 2011 г. на месте закрывшегося свищевого отверстия появилось изъязвленное объемное образование. Патоморфологическое исследование биоптатов — умеренно дифференцированная аденокарцинома. По результатам обследования выявлена опухоль слепой кишки, прорастающая подвздошную кишку и переднюю брюшную стенку, новообразование в S5 печени диаметром до 3 см, увеличение параколических, наружных подвздошных и паховых лимфатических узлов. Патоморфологическое исследование тонкоигльных биоптатов из пахового лимфатического узла — аденокарцинома. 13.04.2011 г. выполнена расширенная комбинированная правосторонняя гемиколэктомия с резекцией 50 см подвздошной кишки передней брюшной стенки, атипичной резекцией V сегмента печени с пластикой дефекта передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом. Патоморфологическое исследование — умеренно дифференцированная аденокарцинома слепой кишки, прорастающая все слои стенки кишки и все слои передней брюшной стенки, врастающая в петлю подвздошной кишки. Метастаз аденокарциномы в печени. Течение послеоперационного периода гладкое. Метастатический правый подвздошный лимфоузел оставлен в качестве маркерного очага. По месту жительства пациенту проведено 6 циклов полихимиотерапии по схеме FOLFOX, на фоне которых отмечен регресс размеров маркерного очага в правой подвздошной области. При обследовании в июле 2011 г. — субплевральный очаг в нижней доле правого легкого. При КТ живота от марта 2012 г. данных за рецидив не получено. РЭА от февраля 2012 г. — 2,8 нг/мл.

Пациент Б., 52 лет, обратился в НИИ онкологии имени Н.Н.Петрова в феврале 2012 г. с аналогичными жалобами. Из анамнеза известно, что в ноябре 2010 г. он перенес комбинированную правостороннюю гемиколэктомию с резекцией передней брюшной стенки по поводу местно-

распространенного рака слепой кишки, осложненного наружным кишечным свищем. В послеоперационном периоде получил 5 циклов адьювантной химиотерапии 5-фторурацилом. В июне 2011 г. произведено иссечение инфильтрата в области послеоперационного рубца (метастаз аденокарциномы). На фоне проведенных 3 циклов химиотерапии по схеме XELOX отмечено прогрессирование заболевания в виде увеличения размеров рецидивной опухоли. По результатам обследования выявлена опухоль в правой подвздошной области, прорастающая все слои брюшной стенки с вовлечением в конгломерат петель тонкой и сигмовидной кишок. Отдаленных метастазов не выявлено. Патоморфологическое исследование биоптатов — высокодифференцированная аденокарцинома. 01.03.2012 г. выполнена комбинированная симультанная правосторонняя гемиколэктомия с резекцией тонкой и сигмовидной кишок, паранефральной клетчатки справа, передней брюшной стенки с пластикой дефекта передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом и перемещенным кожно-жировым лоскутом. Патоморфологическое исследование — рецидив умеренно дифференцированной аденокарциномы, прорастающей в переднюю брюшную стенку. Метастаз аденокарциномы в сигмовидной кишке. Течение послеоперационного периода неосложненное. Цель демонстрации: показать возможность успешного лечения больных с местно-распространенным раком толстой кишки в условиях специализированного стационара.

Ответы на вопросы.

Патогенетической связи между заболеванием аппендикса и последующим развитием опухоли нет. Опухоль слепой кишки уже имела в момент аппендэктомии. Второй пациент курсы химиотерапии в послеоперационном периоде не получал. Полученный хороший результат лечения объясняется примененным комплексным лечением, а также тем, что имелся умеренно агрессивный тип опухоли.

В.Ф. Семиглазов (председатель). Авторы демонстрации показали, что комплексное применение химиотерапии и хирургии может дать хороший непосредственный результат в лечении местно-распространенных опухолей толстой кишки. Важно отметить, что оба представленных больных имели 4-ую стадию заболевания. В Институте каждую неделю мы видим запущенных больных, поступающих из регионов. Это говорит, что в нашей стране нет системы раннего выявления опухолей, очень низка санитарная культура населения. Важно, чтобы у хирургов была выше онкологическая настороженность.

2. *Е.В. Левченко, А.М. Щербаков, С.Ю. Дворецкий, Е.И. Тюреева, А.Е. Карелов, З.А. Раджабова, И.В. Комаров, А.И. Семенова* (НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова) «**Успешное применение комплексного химиолучевого и оперативного лечения рака пищевода**»

Больной Ш., 58 лет, обратился в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова в мае 2011 г. с жалобами на дисфагию, периодические боли за грудиной. Из анамнеза известно, что первые признаки заболевания появились у него в ноябре 2010 г. При обследовании в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова выявлена стенозирующая опухоль шейно-грудного отдела пищевода (инвазивный плоскоклеточный рак) про-

тяженностью 5 см, с прорастанием всех слоев стенки. Данных за отдаленные метастазы не получено. Первым этапом комплексного лечения была выполнена аргоноплазменная реканализация опухолевого стеноза пищевода, позволившая устранить дисфагию и провести брахитерапию. В июне-июле 2011 г. проведена индукционная химиолучевая терапия, состоявшая из 3 сеансов внутрисветовой брахитерапии (СОД—21 Гр) и 2 циклов полихимиотерапии (цисплатин + фторурацил). 22.08.2011 г. была выполнена операция—расширенная комбинированная экстирпация пищевода с циркулярной резекцией 4-х хрящевых колец трахеи, шейная лимфаденэктомия по Даниельсу, лимфодиссекция D2, еюностомия по Витцелю. Сформирован однорядный фарингогастроанастомоз и межтрахеальный анастомоз. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. При морфологическом исследовании операционного материала отмечен полный лечебный патоморфоз рака пищевода, опухолевые клетки не обнаружены.

При контрольном осмотре в мае 2012 г. данных за прогрессирование рака пищевода нет. Отмечает осиплость голоса. Цель демонстрации: показать эффективность применения неоадьювантной химиолучевой терапии с использованием внутрисветовой брахитерапии при хирургическом лечении рака верхнегрудного отдела пищевода.

Ответы на вопросы.

После химио- и лучевой терапии сохранялся стеноз пищевода, циркулярная резекция представлялась оправданной. После лучевой и химиотерапии в 25% опухоль не находят, но таких больных все равно нужно оперировать. Есть больные, которых можно не оперировать, важно определять это на догоспитальном этапе. После полного регресса опухоли можно получить рецидив через 7 месяцев. Патоморфоз опухоли не является критерием излечения. Брахитерапия при опухолях шейно-грудного отдела пищевода дает лучший эффект, чем дистанционная лучевая терапия.

В.Ф. Семиглазов. Проблема патоморфоза опухоли является достаточно сложной. На сегодняшний день нет окончательного представления о значении патоморфоза опухоли как критерия эффективности терапии.

Б.И. Мирошников. Нет уверенности, что этого пациента нужно было оперировать после того, как химио и лучевая терапия привели к полному исчезновению опухоли.

Е.В. Левченко. Эффект химио и лучевой терапии был установлен только после операции. Вопрос о том, надо ли оперировать больных с опухолями верхней трети пищевода, окончательно не решен. 25% больных раком пищевода резистентны к химио и лучевой терапии. Техника оперативного вмешательства при этих видах опухоли находится в стадии разработки, в частности, надо учесть, что имеются существенные трудности в формировании анастомоза.

В.Ф. Семиглазов (председатель). Представлена блестящая демонстрация виртуозно выполненной операции и прекрасного эффекта примененной химио- и лучевой терапии.

Доклад

А.М. Карачун, Д.В. Гладышев, Ю.В. Пелитась, И.И. Алиев, П.А. Сапронов, М.Е. Моисеев (НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова, Городская больница № 40) «Радикальные

эндовидеохирургические вмешательства в хирургии солидных опухолей желудочно-кишечного тракта»

Малоинвазивные вмешательства при солидных опухолях желудочно-кишечного тракта в Японии и Южной Корее являются стандартом хирургического лечения, в то время как Россия, ряд стран Западной Европы и США находятся на этапе клинических исследований. К преимуществам эндовидеохирургических операций традиционно относят меньшую травматичность, слабо выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, снижение частоты и тяжести послеоперационных осложнений ввиду лучшей визуализации анатомических структур. Сомнения в оправданности малоинвазивных технологий связаны с необходимостью выполнения минилапаротомии для извлечения макропрепарата, а также с нивелированием преимуществ доступа объемом самого вмешательства. В докладе представлен опыт хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями желудка, толстой и прямой кишок с использованием лапароскопических технологий. В период с декабря 2009 по март 2012 гг. выполнено 28 видеоассистированных радикальных операций на желудке и 88—на толстой и прямой кишке. Проанализированы непосредственные результаты операций. Низкая послеоперационная летальность, малая частота интра- и послеоперационных осложнений, прецизионная техника лимфодиссекции, возможность ранней активизации больных в сочетании с хорошим косметическим эффектом позволяют считать лапароскопические вмешательства в хирургии ранних форм солидных опухолей ЖКТ обоснованными и целесообразными. Вместе с тем, для окончательного суждения о роли и месте малоинвазивных технологий в хирургии рака желудка, толстой и прямой кишок необходимо изучение отдаленных результатов в ходе рандомизированных клинических исследований.

Ответы на вопросы.

Если во время операции обнаруживается инвазия, выполняется лапаротомия. Противопоказаниями к лапароскопическому удалению опухолей толстой кишки являются—распространенность опухолевого процесса, ожирение, наличие предшествующих операций в этой области. При раке желудка начинают с лапароскопической оценки степени распространения опухоли и затем или заканчивают операцию лапароскопически или переходят к лапаротомии, а если есть признаки нерезектабельности новообразования, проводят химиотерапию.

В.Ф. Семиглазов. Актуальное и важное сообщение. Лапароскопические операции необходимо разрабатывать. Серьезным моментом в них является оценка края резекции и, следовательно, радикальности выполненного вмешательства. С другой стороны, лапароскопический метод позволяет документировать весь ход вмешательства и усовершенствовать его в процессе освоения. Проблема нашей страны, как неоднократно говорилось,—плохо поставленная ранняя диагностика. В Японии 60% больных с опухолями желудочно-кишечного тракта имеют 1-ую стадию заболевания, а в России только 4%.

М.П. Королев. Важный доклад. Лапароскопические операции должны занять достойное место в хирургической практике.

А.М. Беляев. Встречи онкологов и хирургов очень важны. Мы были рады показать возможности Института онкологии. Надеемся, что совместные встречи будут продолжены.