

ПРОТОКОЛ 494 ЗАСЕДАНИЯ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ОБЛАСТИ от 28 ФЕВРАЛЯ 2013 г.

Председатель чл. корр РАМН проф.

В.Ф. Семиглазов

Секретарь к.м.н. Е.В.Цырлина

Демонстрация

Случай успешного лечения несеймической герминогенной опухоли средостения. Е.В. Левченко, С.А. Проценко, А.В. Новик, А.И. Семенова, З.А. Раджабова, А.В. Мищенко, Л.И. Мельник, В.Ф. Климашевский, Н.Е. Левченко (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России).

Герминогенные опухоли являются наиболее частыми новообразованиями средостения. Представленный случай может служить примером успешного комбинированного лечения данной патологии. У пациента 27 лет в мае 2012 г. появилась субфебрильная температура и кашель. Назначенная врачом по месту жительства антибактериальная терапия оказалась неэффективной. Проведенное дополнительное обследование, включая торакоскопию, выявило герминогенную опухоль средостения. Гистологическое заключение: опухоль желточного мешка. ИГХ: выраженная экспрессия альфа-фетопротейна, умеренная экспрессия CD117 в большинстве клеток. Экспрессия PLAP выявлена в микропрепарате в нескольких клетках. Экспрессия ЦК5, ЦК7, D2-40, CD30, EMA, ХГЧ отсутствует. С 01.08.2012 начата терапия по схеме ВЕР по жизненным показаниям, поскольку у пациента имели место синдром сдавления верхней полой вены, компрессия трахеи, анемия 1 ст., легочная гипертензия 2 ст. Проведено 4 цикла химиотерапии, после которой получен частичный регресс опухоли. По данным КТ органов грудной клетки, проведенной после химиотерапии, выявлено объемное образование переднего средостения. Образование оттесняло органы средостения, сдавливало с трех сторон сердце, охватывая восходящий отдел аорты. Констатированы двусторонний гидроторакс, гидроперикард до 2,1 см, умеренно выраженная аденопатия внутригрудных л/узлов.

Принято решение о хирургическом лечении. Пациенту выполнена билатеральная торакотомия с поперечной стернотомией, расширенное комбинированное удаление опухоли переднего средостения с резекцией перикарда и адвентиции аорты. Послеоперационное течение гладкое. По данным гистологического исследования послеоперационного материала: опухоль тотально некротизирована с наличием

фиброзной капсулы. В 4-х исследованных лимфоузлах средостения опухолевые клетки не обнаружены. Ушко предсердия с зонами некрозов и кальцификатами, окруженными фибробластоподобными, лимфоидными клетками и полями пенстых макрофагов (опухолевые клетки не обнаружены). Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, несмотря на сложность диагностики и лечения герминогенных опухолей, при адекватно выбранной тактике лечения возможен благоприятный исход с высокими шансами полного излечения.

Ответ на вопросы: адъювантная химиотерапия не показана. Больного осматривают один раз в 1,5-2 месяца.

Доклады

Возможности хирургического лечения больных герминогенными опухолями яичка. А.К. Носов, Г.И. Гафтон, С.Б. Петров, Е.В. Левченко, Э.М. Мамижев, Р.В.Новиков, С.А.Рева (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России)

Стандартным подходом к лечению диссеминированных герминогенных опухолей яичка (ГОЯ) после удаления первичной опухоли является проведение индукционной комбинированной химиотерапии, основанной на цисплатине, способствующей достижению полного эффекта у 70-80% больных. В 20-30% случаев после проведенной химиотерапии сохраняются остаточные опухолевые массы, как правило, локализующиеся в забрюшинном пространстве. Всем пациентам, имеющим после проведенной химиотерапии рентгенологически определяемые ретроперитонеальные метастазы при отрицательных значениях опухолевых маркеров, рекомендовано проведение забрюшинной лимфаденэктомии.

В работе представлены первые результаты хирургического лечения диссеминированных ГОЯ у больных, получивших предварительно курсы полихимиотерапии. В период с 2008 по 2013 г. в ФГБУ НИИ онкологии им.Н.Н. Петрова 21 пациенту с ГОЯ выполнено хирургическое пособие по поводу метастатического поражения ретроперитонеальных и средостенных лимфоузлов и легких. Средний возраст больных составил 28 лет (19-51) При распределении по операционному доступу: лапаротомия выполнена 10, лапароскопия – 6, стернотомия – 2 и

торакотомия 3 пациентам. Средняя продолжительность операции при лапаротомии — 200 мин (180 — 285); при лапароскопии — 127,5 мин (90 — 210), торакотомии/стернотомии — 172,5 мин (120 — 235). Средний объем интраоперационной кровопотери при лапаротомии 425 мл (100 — 750); лапароскопии 175 мл (100 — 250); торакотомии/стернотомии 375 мл (100 — 400). Анализ послеоперационных осложнений показал: лимфорея возникла у 5 пациентов, перфорация мочеточника у 3-х, гидронефроз 1-2 ст у 3-х, ретроградная эякуляция 1, других осложнений не отмечено. При торакотомии гидроторакс 1, отек головного мозга 1,1 ТЭЛА (на 6 сутки после операции), перфорация НПВ 1, перфорация почечной вены 1, нагноение п/о раны выявлено в 3 случаях. При оценке гистологического материала после удаления резидуальных масс в 17 случаях выявлен некроз опухоли без наличия опухолевых клеток; в 1 случае после стернотомии получены клетки хорионкарциномы. Возникновение ретроградной эякуляции, рецидива заболевания при лапаротомном доступе не выявлено, а при лапароскопическом доступе отмечено у 2-х пациентов.

Проведенная работа показала, что выбор объема оперативного вмешательства зависит от риска развития рецидива у конкретного пациента и ожидаемого качества дальнейшей жизни. По возможности, нужно производить удаление всех остаточных опухолевых очагов в пределах здоровых тканей, так как радикальное вмешательство обладает большей эффективностью по сравнению с проведением послеоперационной химиотерапии. Операция после химиотерапии сложна и требует высокого умения и опыт хирурга, поэтому необходимо направлять таких пациентов в специализированные центры с возможностью проведения междисциплинарных вмешательств (пластика сосудов, резекции смежных органов) и снижением риска местного рецидива опухоли.

Ответы на вопросы

Больные с ГОЯ чаще попадают к общим урологам. Диагноз ставится не сразу. Неоадьювантная терапия показана при 1-й стадии заболевания. Для успешного лечения важны оценка статуса пациента, соблюдение стандартов лечения. Лучевая терапия эффективна только при 1-й стадии семиномы, но сегодня и этих больных эффективно лечат с помощью карбоплатины. Использование лапаротомии или лапароскопии при выполнении операции зависит от размеров опухоли. Основной показатель эффективности лечения уровень маркеров в сыворотке. Позд-

ние рецидивы ГОЯ малочувствительны к химиотерапии.

Лечение больных распространенными герминогенными опухолями яичка. С.А. Проценко, А.И. Семенова, Г.М. Телетаева, А.В. Новик, Ю.И. Комаров, А.К. Носов, Е.В. Левченко, Г.И. Гафтон, Л.И. Мельник, И.И. Семенов, В.Ф. Климашевский (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России).

Актуальность проблемы лечения больных ГОЯ обусловлена их высокой чувствительностью к химиотерапии и потенциальной возможностью излечения большинства пациентов. ГОЯ являются редкой патологией, требующей лечения и наблюдения у специалистов, обладающих соответствующим опытом. Большинство пациентов (60%) на момент обращения имеют распространенную форму заболевания. Отмечена прямая зависимость выживаемости этих больных от квалификации врачей, которые занимаются их лечением. Так, в странах Западной Европы в 2008 г. вылечено 93,8% больных ГО, в России — 64%.

В зависимости от морфологической картины и клинического течения ГОЯ делятся на семиномы и несеминозные опухоли. На первом этапе лечения выполняется орхофуникулэктомия и определяется прогноз в соответствии с классификацией IGCCCG. Прогностическими факторами являются: гистологическая форма, локализация первичной опухоли, локализация метастазов и уровни опухолевых маркеров: АФП (альфа-фетопротеина), ХГ (хорионического гонадотропина) и ЛДГ (лактатдегидрогеназы). В зависимости от прогноза («хороший», «промежуточный» или «неблагоприятный») проводится 3 или 4 цикла стандартной химиотерапии по схеме ВЕР (блеомицин, этопозид и цисплатин). Тяжелое состояние, высокий уровень маркеров — показания для начала химиотерапии по жизненным показаниям без морфологической верификации диагноза. Чрезвычайно важно соблюдение высокой дозовой интенсивности лечения. По окончании химиотерапии показано хирургическое удаление резидуальных опухолевых образований (забрюшинная лимфаденэктомия, удаление лимфоузлов средостения, резекция легких, печени). При прогрессировании — вторая линия химиотерапии. Разработаны общепринятые алгоритмы тактики и лечения при распространенных ГОЯ, четко определяющие действия специалистов.

В ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России имеется большой опыт лечения больных с метастатическими ГО яичка; так, в 2012 г. в отделении химиотерапии и инновационных технологий было пролечено 35 пациентов. Соблюдение международных стандартов,

сотрудничество химиотерапевтов, хирургов, патоморфологов, рентгенологов позволило оптимизировать лечение больных ГО и добиться положительных результатов.

В.Ф. Семиглазов (председатель): представлены позитивные результаты лечения ГОЯ при различных локализациях метастазов – в легких, забрюшинных лимфоузлах, в костях и в печени,

что следует рассматривать как одно из уникальных направлений в работе Института онкологии. Важно, что сложилась команда, которая способна с разных сторон подойти к терапии этих больных. Возможно, следует думать о создании на базе института центра, где пациенты с ГОЯ могли бы получать адекватное и оптимальное лечение.

ПРОТОКОЛ 495 СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ОБЛАСТИ С АССОЦИАЦИЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ И АССОЦИАЦИЕЙ ОНКОЛОГОВ- ГИНЕКОЛОГОВ РОССИИ от 20 МАРТА 2013 г.

Тема заседания: лапароскопия в онкогинекологии

*Председатели: академик РАМН Э.К. Айламазян,
член-корр. РАМН В.Ф. Семиглазов*

Доклады

1. Лапароскопическая хирургия рака тела матки. И.В. Берлев, Е.А. Некрасова, А.Ф. Урманчеева, С.Я. Максимов, А.С. Хаджимба (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России, ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург).

В последние десятилетия рак тела матки (РТМ) устойчиво занимает первое место в структуре онкогинекологической заболеваемости в странах Европы, Северной Америки, а также в Российской Федерации. В 74,7% случаев РТМ диагностируется в I и II стадиях. Хирургический метод, в объеме экстирпации матки с придатками с/без тазовой лимфаденэктомией, выполняемой традиционно лапаротомным доступом, является ведущим в лечении РТМ I клинической стадии. Целью настоящего исследования явилось определение места тотальных лапароскопических операций при РТМ в сравнении с традиционным хирургическим методом лечения. Было проведено обследование 200 больных с гистологически верифицированной формой РТМ, из которых 100 пациенток («лапароскопия») получали хирургическое (тотальная лапароскопическая экстирпация матки с придатками с/без тазовой лимфаденэктомией и с/без оментэктомии) или комбинированное лечение (+ адъювантная лучевая терапия, химиотерапия), а еще 100 пациенток были подвергнуты аналогичному лечению с использованием лапаротомного доступа («лапаротомия»).

В «лапаротомной» группе IA стадия заболевания была выявлена у 60,0% больных, в «лапароскопической» группе – у 66,0% пациенток. Хирургическое лечение в «лапаротомной» группе в объеме экстирпации матки с придатками было выполнено 31 больной (31,0%), экстирпации матки с придатками и тазовой лимфаденэктомией – 62 больным (62,0%), экстирпации

матки с придатками, тазовой лимфаденэктомией и оментэктомией – 7-ми пациенткам (7,0%). В «лапароскопической» группе хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками выполнено 55 больным (55,0%), экстирпация матки с придатками и тазовой лимфаденэктомией – 43 больным (43,0%), экстирпация матки с придатками, тазовой лимфаденэктомией и оментэктомией – 2-м пациенткам (2,0%). Средний возраст больных РТМ в «лапаротомной» группе составил $61,2 \pm 1,3$ года (от 45 до 85 лет), в «лапароскопической» — $58,2 \pm 1,5$ года (от 35 до 77 лет). Ожирение III степени выявлено у 11,0% пациенток «лапаротомной» группы и у 14,0% пациенток «лапароскопической» группы.

Общая длительность операций в «лапаротомной» группе составила $108 \pm 0,45$ мин, тогда как в группе, где операции выполнялись лапароскопическим доступом, $136 \pm 0,95$ мин. Интраоперационные осложнения не зарегистрированы ни в одном случае из двух групп больных. Средняя интраоперационная кровопотеря у больных «лапаротомной» группы равнялась 207,4 (90 – 500) мл, а у пациенток «лапароскопической» группы – 32,95 (10 – 265) мл. Лимфогенные осложнения (подвздошные лимфоциты, лимфорей, лимфангиоэктатический отек) наблюдались в 52,2% и 53,3% случаев от числа выполненных тазовых лимфаденэктомий в «лапаротомной» и «лапароскопической» группах соответственно. Особенностью операций у 45 больных «лапароскопической» группы с выполненной тазовой лимфаденэктомией явилось дренирование малого таза через переднюю брюшную стенку без перитонизации забрюшинных пространств в отличие от 69 пациенток «лапаротомной» группы, где дренажи выводились через влагалище с последующим выполнением традиционной линейной перитонизации, что в дальнейшем способствовало быстрой их закупорке тромботическими массами и требовало удаления дренажей с 3-х суток послеоперационного периода. Отмечены длительные лимфорей по дренажу и через влагалище (в течение 2-4 недель) у 5-ти больных «лапароскопической» и у 1 пациентки «лапаротомной» группы и формирование большего числа лимфоцит у пациенток в «лапаротомной» группе (30 больных в «лапаротомной» группе – 34,8%,

16 больных из 45 в «лапароскопической» группе – 28,9%).

Выполненные в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова видеоэндоскопические операции у 100 больных РТМ подтверждают, что лапароскопическая технология является современным методом хирургического лечения в онкогинекологии, имеющим ряд преимуществ. Использование этого метода позволяет с минимальной травматизацией для больной адекватно выполнить стадирование заболевания и при необходимости расширить объем хирургического вмешательства. Возраст и сопутствующая патология (ожирение, сердечно-сосудистые, легочные и эндокринные заболевания) не явились противопоказанием для выбора видеоэндоскопического метода хирургического вмешательства. Данная технология позволяет осуществить качественную лимфаденэктомию с минимальной интраоперационной кровопотерей. Ранняя динамическая активность, быстрая нормализация функции кишечника, отсутствие осложнений характеризует период раннего послеоперационного течения и способствует сокращению длительности реабилитации.

2. Лапароскопия в хирургии рака шейки матки. И.В. Берлев, А.Ф. Урманчеева, С.Я. Максимов, А.В. Хаджимба, Е.А. Некрасова (ФГБУ НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова Минздрава России, ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург).

На протяжении последних ста лет радикальная абдоминальная гистерэктомия, предложенная Вертгеймом, стала стандартом хирургического лечения рака шейки матки (РШМ) IA2-IV стадий. Однако, наряду с хорошими онкологическими результатами в лечении РШМ, применение этого метода может сопровождаться и серьезными осложнениями, связанными с повреждением тазовых нервов. В последнее время широко обсуждаются вопросы применения лапароскопических методик в лечении злокачественных заболеваний женских половых органов. В опубликованных рандомизированных исследованиях показаны преимущества этого метода и соответствие его результатов лапаротомической хирургии.

Внедрение эндовидеохирургии в лечение злокачественных заболеваний женских половых органов стало возможным в связи с совершенствованием специального оборудования, а также в результате изучения интрафасциальных пространств при хирургии опухолей малого таза.

Дискуссионными вопросами остаются: показания для выполнения радикальной гистерэктомии лапароскопическим доступом, сложности в освоении методики лапароскопической радикальной гистерэктомии, отсутствие единой клас-

сификации и стандартизации лапароскопической радикальной гистерэктомии,

В основе современной классификации, основанной на анатомии интрафасциальных пространств малого таза, лежит трехмерное моделирование патологического процесса.

Предложенная классификация радикальной гистерэктомии направлена на стандартизацию объема хирургического вмешательства и позволяет улучшить эффективность лечения РШМ (совещание в Киото, 2007 г). Нами выполнено 4 радикальных гистерэктомий лапароскопическим доступом: у 3 больных при РШМ (в одном случае – T1b1, в двух – T1a2) и у 1 больной при раке цервикального канала (T1b1).

Средняя продолжительность операционного времени составила 240 мин, интраоперационная кровопотеря – 50 мл. У всех пациенток наблюдали благоприятное послеоперационное течение.

Таким образом, лапароскопическая радикальная гистерэктомия позволяет выполнить адекватное лечение ранних стадий рака шейки матки с минимальной операционной травмой и без нарушения онкологических стандартов.

3. Лапароскопия в диагностике и лечении злокачественных опухолей яичников. Цыпурдеева А.А., Беженарь В.Ф., Урманчеева А.Ф., Зельдович Д.Р. (ФГБУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта СЗО РАМН, ФГБУ «НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова» Минздрава России, ГКОД).

Рак яичников (РЯ) имеет самые высокие показатели смертности, что обусловлено бессимптомным течением при ранних стадиях заболевания, отсутствием патогномичных симптомов и, в результате, поздней диагностикой (III-IV стадия выявляется у 70% больных). Летальность в течение первого года после установления диагноза составляет 35%, а пятилетняя выживаемость не превышает 36%. Хирургическому лечению РЯ придается первостепенное значение, как самостоятельному методу, так и в комбинации с химиотерапией.

Внедрение лапароскопических методик в онкогинекологию, несмотря на их преимущества (увеличение изображения и отличная визуализация верхних отделов живота, печени, диафрагмальной поверхности, кишечника, органов малого таза, менее выраженное капиллярное кровотечение, более быстрая реабилитация пациенток, возможность более раннего начала адъювантной терапии), особенно при РЯ представляется достаточно трудным и выполняется в немногих крупных центрах. Это обусловлено высокой ценой технического оснащения операционной, а также длительностью обучения специалистов. В Санкт-Петербургском городском

онкологическом диспансере лапароскопия стала применяться с 1994 г. для диагностики новообразований яичников с целью выбора рациональной лечебной тактики (утрачивающая диагностика, стадирование заболевания, выявление рецидива).

Основными проблемами лапароскопии при РЯ являются: разрыв опухоли, сложности при удалении органов, «port-site» метастазирование, что ограничивает ее широкое применение для хирургического лечения.

В отделении оперативной гинекологии НИИ-АГ им. Д.О. Отта лапароскопическим доступом выполняется до 95% всех внутриполостных операций. За последние 5 лет, с 2007 г. по 2012 г. при лапароскопии выявлены злокачественные опухоли яичников у 25 пациенток в возрасте 18-85 лет. Интраоперационно выполнялось срочное цито- и гистологическое исследование, а также стадирование заболевания. Операционная лапароскопия была выполнена у 14 пациенток, конверсионные лапаротомии в 11 случаях при распространенном процессе или больших размерах опухоли. Органосохраняющие операции выполнены в 10 случаях у молодых пациенток с IA стадией и гистотипом GB-G1 (резекция яичника в 2 случаях, односторонняя аднексэктомия, оментэктомия в 8 случаях). Остальным 15 пациенткам выполнена радикальная операция с последующей химиотерапией. При удалении опухоли с целью исключения диссеминации клеток по брюшине использовался контейнер. Большой сальник удалялся на уровне большой кривизны желудка, извлекался из брюшной полости через влагалище после гистерэктомии или через верхнесрединный разрез длиной 4-5 см при органосохраняющей операции.

Сроки наблюдения составили от 2 до 5 лет. Отмечен 1 случай рецидива у пациентки 26 лет

(серозная пограничная опухоль яичника IA). Длительность безрецидивного периода составила 5 лет, за это время пациентка реализовала репродуктивные планы.

В большинстве случаев во время лапароскопии, выполняемой гинекологом непрофильного стационара, при выявлении злокачественной опухоли яичников рекомендуется выполнить тщательную ревизию органов брюшной полости, цитологическое исследование перитонеальной жидкости, прицельную биопсию участков брюшины, биопсию опухоли яичника. После получения морфологических результатов больная направляется на лечение в онкологическое учреждение с видеозаписью и протоколом операции.

Больные с раком яичников в стадии IA или IB имеют благоприятный прогноз заболевания. При соответствующей квалификации хирурга и техническом обеспечении возможно проведение лапароскопическим доступом радикальной или органосохраняющей операции. Вопрос о систематическом проведении лимфаденэктомии при начальных стадиях рака яичников до сих пор спорный.

Таким образом, на современном этапе лапароскопия позволяет выполнить полное стадирование, а при ранних стадиях осуществить хирургический этап лечения в полном объеме, включая лимфаденэктомию. У больных с распространенным опухолевым процессом лапароскопия целесообразна для оценки операбельности опухоли, выбора тактики лечения и выполнения операций «second-look».

Лапароскопия не подразумевает отказ от традиционной лапаротомии. Минимально инвазивные операции незаменимое дополнение, а не конкурент традиционным хирургическим методам.