



ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

ТРЕТИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ ЮГА РОССИИ



ПЯТИГОРСК
20.09-21.09.2017

ТЕЗИСЫ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Ассоциация
Онкологов
России



Идеология хирургической тактики при синхронном раке левого легкого и пищевода

Алиев С.А., Лабазанов М.М., Магомедов С.М., Курбанов К.А., Гасанов М.К., Закаржаева З.М., Мамедбеков Ш.Б., Омаров О.И.

ГБУ РД НКО «Дагестанский центр грудной хирургии», Махачкала, Россия

Цель исследования: показать возможность успешного «одномоментно-отсроченного» хирургического лечения при тяжелой конкурирующей по прогнозу опухолевой патологии при синхронном раке пищевода и легкого.

Материал и методы. Пищеводная группа Дагестанского центра грудной хирургии за последние 16 лет выполнила 881 радикальную операцию с эзофагопластикой с послеоперационной летальностью 4,4%. Одномоментные комбинированные расширенные мультиорганные операции выполнены 57 пациентам (1,1%).

Выводы. Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможность успешного «одномоментно-отсроченного» хирургического лечения при тяжелой конкурирующей по прогнозу опухолевой патологии при синхронном раке пищевода и легкого.

Результаты хирургического лечения метастазов колоректального рака в печени

Важенин А.В., Кузянина Н.В., Привалов А.В., Антонов А.А., Павленко Е.С.

ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», Челябинск, Россия

Цель работы: оценить результаты комплексного подхода в лечении метастазов колоректального рака (КРР) в печень.

Материал и методы. В исследование включены 103 больных КРР с метастазами в печень. Из них 57 (55,3%) мужчин и 46 (44,6%) женщин в возрасте от 32 до 76 лет, средний возраст – 54 года. Первая стадия КРР была у 9 (8,73%) пациентов, II стадия – у 27 (26,2%), III стадия – у 18 (17,5%), IV стадия – у 49 (47,5%) пациентов. Синхронные метастазы выявлены у 47,57% (n = 49), метохронные метастазы – у 52,4% (n = 57). Билобарное поражение – 19,5% (n = 20), монолобарное – 80,6% (n = 83). В условиях нашего лечебного учреждения были выполнены различные варианты хирургического лечения метастазов в печени: split in situ – 6,7% (n = 7), атипичные резекции – 33,9% (n = 35), анатомические резекции печени – 59,2% (n = 61): правосторонняя гемигепатэктомия – 14,5% (n = 15), левосторонняя гемигепатэктомия – 10,6% (n = 11), би-, трисегментэктомии – 33,9% (n = 35). В послеоперационном периоде 72,8% пациентов (n = 75) проводилась адьювантная химиотерапия. Общую наблюдаемую выживаемость рассчитывали по методу Каплана – Майера.

Результаты. Анализ трехлетней выживаемости выявил четкую зависимость эффективности лечения от метода и объема хирургического лечения, что позволило разделить больных на две группы: тех, кому выполняли экономные резекции печени, и тех, кто перенес расширенные резекции. По количеству очагов в печени выделено три группы: солитарные, единичные и множественные метастазы. Трехлетний показатель выживаемости при выполнении расширенных резекций печени, солитарных метастазов – 62,5 ± 4,1%. При экономных резекциях солитарных метастазов выживаемость составила 32,4 ± 13,7%. При экономных резекциях единичных метастазов – 28,1 ± 11,3%. При расширенных резекциях единичных метастазов печени

– 37,5 ± 5,3%. При расширенных резекциях множественных метастазов – 16,6 ± 3,4%. Послеоперационные осложнения составили 19,4% (n = 20). Послеоперационная летальность – 9,7% (n = 10). При расширенных резекциях печени общее число осложнений составило 51,9%. При экономных резекциях – 48,1%. Медиана выживаемости при использовании расширенных резекций множественных метастазов в печень составила 15,8 месяца, тогда как при расширенных резекциях солитарных метастазов – 37,2 месяца. При I стадии заболевания безрецидивная выживаемость – 25,8 месяца, при II стадии – 24, при III стадии – 19,1, при IV стадии – 14,1 месяца. Общая трехлетняя выживаемость при I стадии составила 68,2%, II стадии – 51,8%, III стадии – 32,8%, IV стадии – 22,4%.

Выводы

1. Применение хирургического удаления метастазов в печени при КРР на одном из этапов лечения статистически значимо повышает его эффективность как при солитарном, так и множественном метастатическом поражении печени по сравнению только с консервативными методами.
2. Допустимый уровень послеоперационных осложнений.
3. Наиболее высокий трехлетний показатель выживаемости получен после расширенных резекций печени при солитарном поражении – 62,5 ± 4,1%. Низкий показатель при расширенных резекциях с множественными метастазами в печень – 16,6 ± 3,4%, а также при экономных резекциях единичных метастазов – 28,1 ± 11,3%.
4. Высокие показатели отдаленной выживаемости.
5. Высокая безрецидивная выживаемость.

О результатах анализа причин запущенности и поздней диагностики злокачественных новообразований в Самарской области в 2016 году

Егорова А.Г., Юсупов Р.Н., Сомов А.Н., Орлов А.Е.

*ГБУЗ СО «Самарский областной клинический онкологический диспансер»,
Самара, Россия*

Цель и задачи: для разработки направлений совершенствования качества диагностики онкологических заболеваний в Самарской области в рамках комплекса мероприятий по активному выявлению новообразований проведен анализ причин запущенности и поздней диагностики злокачественных новообразований (ЗНО).

Материал и методы. Объектом исследования были больные ЗНО, сведения о которых включены в базу данных Самарского популяционного ракового регистра в период 2010–2016 гг. Для оценки качества диагностики ЗНО использовались показатели активного выявления, ранней диагностики и запущенности, обобщение которых выполнено с помощью специальной интегральной оценки качества диагностики ЗНО. Структура причин дефектов сформирована с помощью специально разработанного классификатора, позволяющего выявить недостатки на различных этапах системы активного выявления рака (Егорова А.Г., Орлов А.Е. и др., 2016).

Результаты и обсуждение. В результате комплекса мероприятий, проводимых специалистами в рамках системы активного выявления рака, удельный вес активно выявленных онкологических больных в Самарской области в период 2010–2016 гг. возрос с 13,3 до 16,8%, что привело к росту доли ЗНО, выявленных в I–II стадии процесса (с 56,1 до 63,2%), и снижению показателя запущенности и поздней диагностики ЗНО с 29,0 до 27,5%. Однако, несмотря на это, 1/3 впервые выявленных ЗНО

продолжает выявляться в поздней стадии процесса. При этом следует заметить, что показатель запущенности по дефектам возрос с 4,0 до 8,0%. В 2016 г. в поздней и запущенной стадии процесса в Самарской области было выявлено 4353 ЗНО: в 1319 случаях (30,3%) причиной запущенности явилось несвоевременное обращение, в 265 (6,1%) – отказ пациента от обследования и лечения, в 1506 (34,6%) – скрытое течение заболевания, и в 1263 случаях (29,0%) заболевание было запущено в результате организационных и клинических ошибок, допущенных специалистами учреждений здравоохранения региона, среди них 847 (67,1%) дефектов профилактики, 382 (30,3%) дефекта диагностики и 33 (2,6%) дефекта диспансеризации онкологических больных. Среди дефектов профилактики – 273 (21,6%) дефекта клинических онкологических осмотров, 193 (15,3%) дефекта диспансеризации взрослого населения (приказ № 3Бан), 134 (10,6%) дефекта флюорографического скрининга, 119 (9,4%) дефектов диспансеризации прикрепленного населения, 78 (6,3%) дефектов диспансеризации больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями, 28 (2,2%) дефектов маммографического скрининга, 18 (1,4%) дефектов PSA-скрининга, 8 (0,6%) дефектов цитологического скрининга. Среди дефектов диагностики было зарегистрировано 211 (16,7%) тактических ошибок, допущенных специалистами в процессе дифференциальной диагностики ЗНО, 75 (5,9%) ошибок, связанных с несвоевременным оформлением первичных учетных документов (организационный недоучет), 53 (4,2%) клинические ошибки и 40 (3,2%) случаев длительного обследования пациентов, приведших к выявлению ЗНО в поздней стадии процесса. Интегральная оценка качества диагностики ЗНО в Самарской области в 2016 г. по сравнению с предыдущим годом снизилась с 0,947 до 0,926. В 24 учреждениях области диагностика ЗНО проводилась неудовлетворительно, особенно в ГБ № 3 г. Сызрани, Кошкинской ЦРБ, Большеглушицкой ЦРБ, Чапаевской ЦГБ, Пестравской ЦРБ и Исакинской ЦРБ.

Выводы. Проводимый комплексный анализ дефектов на каждом этапе системы активного выявления ЗНО позволяет получать информацию о недостатках, имеющих место как в системе в целом, так и в каждом учреждении региона, тем самым поддерживать и постоянно совершенствовать процесс раннего и своевременного выявления онкологических заболеваний.

Роль реконструктивно-пластических вмешательств в органосохраняющем лечении опухолей век

Кит О.И., Енгибарян М.А.

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону, Россия*

Проблемы, возникающие при реконструкции век и тканей периорбитальной области, неразрывно связаны со сложностью получения достаточного количества пластического материала, а использование многочисленных способов пластики лимитировано сложным рельефом данной области, неоднородностью кожных покровов по цвету и толщине, невозможностью проведения адекватных послабляющих разрезов, высокими требованиями к функциональным и эстетическим результатам операции. Вместе с тем отказ от одномоментного восстановления утраченных структур ведет к сужению границ иссечения опухоли, обуславливая рецидивирующий характер заболевания.

Цель исследования: изучение возможности проведения реконструктивно-пластического этапа при хирургическом лечении злокачественных опухолей внутреннего угла глаза, прорастающих в орбиту.

Материал и методы. Исследование проведено у 30 пациентов с местнораспространенными опухолями внутреннего угла глаза. Всем больным проводились общеклинические исследования, осуществлялось комплексное офтальмологическое обследование: определение остроты зрения, полей зрения, исследование оптических сред глаза, тонометрия, прямая и непрямая офтальмоскопия. До начала лечения для исключения отдаленных метастазов выполнялось рентгенологическое исследование органов грудной клетки и ультразвуковое исследование органов брюшной полости. При подозрении на прорастание опухоли костных структур лицевого скелета для уточнения степени распространенности процесса выполняли спиральную компьютерную томографию заинтересованных участков. Всем пациентам было выполнено хирургическое лечение с одномоментным реконструктивно-пластическим этапом с использованием липофилинга. Оценка полученного эстетического результата проводили по четырехбалльной шкале.

Результаты. При анализе непосредственных результатов установлено, что заживление послеоперационной раны первичным натяжением произошло у 26 (86,7%) пациентов. Из послеоперационных осложнений наиболее часто наблюдался краевой некроз лоскута – у 3 (10%) больных, у 1 (3,3%) произошло нагноение послеоперационной раны. Проведение процедуры липофилинга позволило воссоздать утраченные объемы мягких тканей и клетчатки орбиты, добиться анатомически правильного положения глазного яблока, обеспечив тем самым оптимальное функционирование органа зрения. Эстетический эффект операции оценен как «отличный» у 22 (73,35%) пациентов, «хороший» – у 7 (23,35%), «удовлетворительный» – у 1 (3,3%).

Выводы. Таким образом, применение реконструкции утраченных тканей с надежным пластическим восстановлением расширяет показания к органосохраняющему лечению, а сочетание кожной пластики с липофилингом восстанавливаемой области позволяет добиться оптимальных результатов хирургического лечения местнораспространенных опухолей внутреннего угла глаза.

Способ концентрирования клеточного материала для цитологического исследования

Леонов М.Г., Новик В.И., Беляева С.А., Ершова Я.Х.-Б., Рахуба Г.А.

ФБУЗ «Онкологический диспансер № 3», Новороссийск

ФГБУ «Научно-исследовательский онкологический институт им. Н.Н. Петрова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Цель исследования: совершенствование способа концентрирования клеточного материала экссудатов для цитологического исследования.

Материал и методы. В исследование включено 24 больных раком яичников с наличием абдоминального экссудата (16 человек), плеврального (4) и плеврального и абдоминального (4). При проведении пневмоцентеза собирали весь объем экссудата, а при выполнении лапароцентеза собирали три порции экссудата по 500 мл – в начале, середине и конце пункции, которые затем смешивали. К экссудату добавляли раствор цитрата натрия 5% в соотношении 1:10. Экссудат

делили на пять равных частей и отстаивали в капельной воронке. Первую порцию отстаивали в течение 15 минут, вторую – 30, третью – 45, четвертую – 60, пятую – 90 минут для определения оптимального времени накопления клеточных образцов. Затем придонный слой экссудата сливали в центрифужные пробирки и центрифугировали в течение 10 минут при скорости 2000 об/мин. Проводили оценку клеточности образцов (опухолевых и мезотелиальных клеток без подсчета клеточных элементов крови) в 3–5 полях зрения (об. 40х, ок. 7х).

Сравнение двух способов концентрирования клеточного материала проводили в капельной воронке и цилиндре. Использовано три образца асцитической жидкости, полученной у больных раком яичников. Перед накоплением клеточного материала определяли клеточность исследуемых образцов. Затем экссудат переносили в два цилиндра и в две капельных воронки в равных объемах, отстаивали его в течение 30 и 60 минут и определяли количество клеточных образцов и клеточных комплексов.

Результаты. Через 15 минут отстаивания среднее количество клеток в 28 исследуемых образцах экссудатов составило 48 в поле зрения, через 30 минут – 59,7, через 45 минут – 75,4, через 60 минут – 103,5, через 90 минут – 107,8.

Количество клеточных образцов в экссудате при экспозиции времени отстаивания 60 минут больше в 1,7 раза (на 73,3%), чем при экспозиции времени 30 минут. Дальнейшее пролонгирование времени отстаивания не имеет значимого увеличения клеточных образцов.

Известен способ концентрирования клеточного материала экссудата путем его отстаивания в цилиндре и приготовления микропрепаратов из придонного слоя, обогащенного клеточными образцами.

Нами проведено сравнение двух способов концентрирования клеточного материала выпотных жидкостей: с использованием капельной воронки и цилиндра.

Среднее количество клеточных образцов в асцитической жидкости сразу после ее получения составило 12,3 в поле зрения, а клеточных комплексов – 1,7. Через 30 минут отстаивания среднее количество клеточных образцов в цилиндре составило 17,3, а клеточных комплексов – 2,3, в капельной воронке – 27,3 и 3,7 соответственно. Через 60 минут количество клеточных образцов в цилиндре – 60 и 4,3 комплекса, а в капельной воронке – 79 и 7 соответственно.

При сравнении двух способов концентрирования клеточного материала экссудата с традиционным цитологическим методом количество клеточных образцов через 30 минут в цилиндре увеличивается на 40%, в капельной воронке – на 121%, а через 60 минут – в 3,9 и 5,4 раза соответственно. При отстаивании экссудата в капельной воронке происходит не только увеличение количества клеточных образцов и клеточных комплексов, но и количества клеточных элементов в клеточных комплексах по сравнению с образцами, полученными из обогащенного придонного слоя выпотной жидкости в цилиндре.

Выводы. Использование капельной воронки для концентрирования клеточного материала экссудатов с экспозицией времени отстаивания 60 минут является оптимальным для получения качественных микропрепаратов, содержащих достаточное количество клеточного материала.

Влияние показателей локального иммунитета у больных раком слизистой полости рта и языка на прогноз и течение заболевания

Новикова И.А., Загора Г.И., Златник Е.Ю., Селютина О.Н., Ульянова Е.П., Светицкий П.В., Аединова И.В., Волкова В.Л.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону,
Россия

Цель исследования: сравнение факторов локального иммунитета у больных раком языка и полости рта без метастазов и с регионарными метастазами и с рецидивами и изучение их влияния на прогноз течения заболевания.

Материал и методы. В тканевых гомогенатах образцов опухоли и перитуморальной зоны больных раком слизистой полости рта и языка ($n = 60$) определяли уровни некоторых цитокинов методом иммуноферментного анализа (ИФА) и основных субпопуляций Т-лимфоцитов и макрофагов иммуногистохимическим методом с антителами DAKO.

Результаты. У больных как с метастазами, так и без них в опухолевой ткани по сравнению с перитуморальной зоной отмечено более высокое (в 3–10 раз; $p < 0,05$) содержание провоспалительных цитокинов IL-1 β , IL-6, IL-8. В тканях рецидивной опухоли и ее перитуморальной зоны такие различия не обнаружены, что говорит о приближении иммунологических характеристик визуально немалигнизированной ткани к опухолевой и предполагает утрату ею свойств, ограничивающих пролиферативный потенциал опухоли. Уровни интерферонов, IL-2 и IL-10 в тканевых образцах были невысоки и не различались ни между опухолью и перитуморальной зоной, ни между группами больных. При ИГХ-исследовании во всех группах отмечено преобладание в лимфоцитарно-макрофагальном инфильтрате CD8+ Т-лимфоцитов и выраженная инфильтрация CD68+ макрофагами; CD4+ клетки были представлены в виде одиночных лимфоцитов, разрозненно расположенных как в строме, так и в зонах сплошного опухолевого роста. В первичных опухолях CD68+ макрофаги составляли до 20% инфильтрата в паренхиме опухоли, 20–40% на границе «опухоль – перитуморальная зона». При метастазах и рецидивах содержание CD8+ лимфоцитов в строме и паренхиме опухоли было более низким. Содержание CD68+ макрофагов не превышало 10% в группе с метастазами, а при рецидивах отмечена обильная диффузная инфильтрация макрофагами и в строме, и в паренхиме (до 40% инфильтрата).

Выводы. Высокий тканевый уровень провоспалительных цитокинов и снижение локального содержания CD3+CD8+ лимфоцитов и CD68+ макрофагов могут иметь значение для прогрессии и диссеминации рака языка и полости рта.

Реконструктивная операция при местнораспространенном раке гортани

Светицкий П.В., Волкова В.Л., Аединова И.В.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону,
Россия

Рак гортани – тяжелое заболевание, поражающее преимущественно мужчин в возрасте 40–60 лет, т.е. в период их максимальных творческих возможностей.

В структуре всех злокачественных опухолей рак гортани занимает 5-е место, уступая только раку легкого, желудка, опухолям кожи, лимфатической и кровеносной систем. Среди злокачественных опухолей ЛОР-органов рак гортани занимает первое место и встречается в 65–70% случаев. В III–IV стадиях этот процесс впервые выявляется у 60–80% пациентов, при этом необходим комбинированный метод лечения, включающий этап хирургического лечения – экстирпацию гортани, которая в свою очередь предполагает отсутствие нормального дыхания, лишение голоса, социальную ущербность, толкает больных на отказ от операции.

Ежегодно за специализированной медицинской помощью в РНИОИ обращаются до 160 больных раком гортани, из них до 70% больных с местнораспространенным процессом. В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ разработан и внедрен в практику (патент РФ № 2463967) метод боковой резекции гортани с реконструкцией, обеспечивающий онкологический радикализм и максимальное сохранение функций прооперированной гортани при местнораспространенных раках (Т2–3N0–1M0).

Цель исследования: достигнуть реабилитации функций гортани за счет восстановления резецированной ее половины посредством сохранения не пораженных опухолью фрагментов щитовидного хряща и использования кожного шейного лоскута в ходе использования разработанного метода резекции гортани.

Материал и методы. По разработанной методике прооперировано 16 больных раком гортани St III (Т3N0M0). Все больные – мужчины в возрасте 38–75 лет. Двое больных поступили с предшествующей предоперационной лучевой терапией в СОД 40 Гр и двое больных – после лучевого лечения в СОД 60 Гр.

При местнораспространенном раке гортани выполняется переднебоковая резекция с подлежащим фрагментом щитовидного хряща, при этом в виде горизонтальной перекладки сохраняется верхняя часть пластины щитовидного хряща, не пораженная опухолью, что впоследствии используется для формирования и укрепления вновь сформированной стенки гортани. Из кожи шеи формируется языкообразный лоскут с основанием на здоровой половине, соответствующий по размеру послеоперационному дефекту, перекидывается через оставшуюся часть пластинки щитовидного хряща, формируя боковую стенку гортани. Формируется ларингостома, в которую вводится тампон по Микуличу на 7–10 дней до приживления лоскута. Через четыре месяца при отсутствии рецидива опухоли выполняется пластика ларингостомы.

Результаты. В результате применения разработанной методики резекции гортани с реконструкцией была достигнута внятная речь у 16 (100%) больных, глотание без поперхивания – у 12 (75%), компенсированное дыхание без трахеостомической трубки – у 14 (87,5%) больных. Питание у всех больных естественным путем с первых суток после операции. У 2 (12,5%) больных с предшествующей лучевой терапией в суммарной очаговой дозе (СОД) 60 Гр в течение года поле

операции возник местный рецидив опухоли, им выполнена экстирпация гортани. Наблюдение за остальными 14 больными составляет два года без рецидива.

Выводы. Таким образом, разработанная операция обеспечивает абластику с удовлетворительной реабилитацией функций гортани.

Восстановительная операция у больных местнораспространенным раком гортани

Светицкий П.В., Волкова В.Л., Аединова И.В.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону, Россия

В РНИОИ МЗ РФ ежегодно обращаются за специализированной медицинской помощью от 130 до 160 больных раком гортани, из них до 70% больных с местнораспространенным процессом. Возраст больных преимущественно от 40 до 70 лет, т.е. в период их максимальных физических и творческих возможностей. До настоящего времени общепринятым видом лечения данной категории больных является комбинированный, где операции отводится ведущая роль. Хирургическое вмешательство проводится, как правило, в объеме тотального удаления гортани. Проведение абластичной операции у больных с распространенным процессом с одновременным восстановлением резецированных отделов гортани отвечает современным требованиям.

Цель исследования: разработать операцию на гортани, обеспечивающую онкологический радикализм и восстановление ее функций.

Материал и методы. По разработанной методике прооперировано 14 больных раком гортани St III (T3N0M0). Все больные – мужчины в возрасте 38–75 лет. Двое больных поступили с предшествующей предоперационной лучевой терапией в суммарной очаговой дозе (СОД) 40 Гр, и двое больных – после лучевого лечения в СОД 60 Гр.

Результаты. Нами разработан метод резекции гортани с элементами реконструкции (патент РФ № 2463967).

У больных с местнораспространенным раком гортани выполняют переднебоковую резекцию с подлежащим фрагментом щитовидного хряща, оставляя в виде горизонтальной перекладки верхнюю часть пластинки щитовидного хряща, не пораженную опухолью. Из кожи шеи на стороне поражения выкраивается языкообразный лоскут, по ширине превышающий размер образовавшегося дефекта гортани. Лоскут мобилизуют, перекидывают через оставшуюся часть пластинки щитовидного хряща, формируя боковую стенку гортани в виде кожно-хрящевой дубликатуры. Лоскут сверху фиксируют к краям слизистой вестибулярного отдела, а его свободный край – к слизистой противоположной половине гортани по линии рассечения. Дубликатура лоскута сшивается по нижнему горизонтальному краю до уровня нижнего края щитовидного хряща. Формируется ларингостома, в которую вводится тампон по Микуличу на 7–10 дней до приживления лоскута. Через четыре месяца при отсутствии рецидива опухоли выполняется пластика ларингостомы.

Выводы. В результате применения разработанной методики резекции

гортани с реконструкцией была достигнута внятная речь у 14 (100%) больных, глотание без поперхивания – у 10 (71,4%), компенсированное дыхание без трахеостомической трубки – у 12 (85,7%) больных. У 2 (14,2%) больных с предшествующей лучевой терапией в СОД 60 Гр в течение года после операции возник местный рецидив опухоли, им выполнена экстирпация гортани. Наблюдение за остальными 12 больными составляет два года без рецидива.

Таким образом, разработанная операция обеспечивает абластику с удовлетворительной реабилитацией функций гортани.

Способ хирургического лечения рака задних отделов дна полости рта и ротоглотки

Светицкий П.В., Аединова И.В., Волкова В.Л.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону, Россия

В среднем в России в структуре онкологической заболеваемости населения рак слизистой оболочки полости рта составляет около 5,5%. Среди опухолей головы и шеи данная патология занимает второе место после рака гортани. Максимальное число заболеваний приходится на возрастную группу 40–60 лет, наиболее трудоспособный возраст. На специализированное лечение поступают до 70–80% больных с уже распространенным (III–IV стадии) опухолевым процессом. Данная категория больных требует проведения комбинированного и/или комплексного лечения. Особую сложность в хирургическом лечении представляют пациенты, у которых опухолевый процесс расположен в задних отделах дна полости рта и ротоглотке. Выполнение операций у таких пациентов сопряжено с техническими сложностями, которые обусловлены топографо-анатомическими особенностями и близостью прохождения внутренней сонной артерии. В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ разработан и внедрен способ хирургического лечения таких больных. Данный способ обеспечивает оптимальный доступ к опухоли с ее радикальным удалением и надежный гемостаз. Способ заключается в проведении видоизмененной мандибулотомии, обеспечивающей хорошую визуализацию операционного поля и расположение внутренней сонной артерии. Мандибулотомия проводится вертикально-боковым распилом с формированием фрагментов нижней челюсти в виде двух треугольников. После рассечения нижней челюсти опухоль удаляется в задних отделах дна полости рта, корня языка и ротоглотки в пределах здоровых тканей, не нарушая принципов абластики, с максимальным сохранением подъязычно-язычной мышцы. Это способствует формированию диафрагмы дна полости рта, обеспечивающей восстановление функций ротоглотки. После удаления опухолевого процесса осуществляется остеосинтез сведением и скреплением фрагментов челюсти титановой мини-пластиной, укрепленной под прямым углом к кривой линии распила (на данный способ получен патент на изобретение № 2556604 от 16.06.2015). Данный способ хирургического вмешательства позволяет радикально удалить опухоль с возможностью сохранения функции языка, речи, питания естественной пищей, надежной фиксацией фрагментов челюсти без травмирования корней зубов, с минимальным

количеством послеоперационных осложнений. Данным способом прооперировано 14 больных раком слизистой оболочки задних отделов дна полости рта и ротоглотки. Рак слизистой оболочки задних отделов дна полости рта имел место у 3 (21%), корня языка – у 7 (50%), небной миндалины – у 4 (29%) пациентов. У 10 (71%) больных имелись метастазы в лимфатические узлы шеи. В послеоперационном периоде летальных исходов и кровотечений не наблюдалось. У 11 больных из 14 заживление произошло первичным натяжением, у одного больного образовалась оростома, у двоих – свищ, который закрылся через месяц. Через 1,5 месяца оростома была ликвидирована пластикой местными тканями. На 4–5-е сутки после операции больные были деканулированы. Самостоятельное глотание восстанавливалось через неделю после операции, однако из-за производимой мандибулотомии назогастральный зонд не удалялся. После контрольного рентгенологического исследования нижней челюсти через месяц при консолидации фрагментов челюсти назогастральный зонд удалялся и пациенты переходили на самостоятельное питание. Длительность наблюдения за прооперированными больными составляет более 24 месяцев.

Роль интраоперационной флюоресцентной диагностики в стадировании рака желудка

Сулейманов Э.А., Капин А.Д., Филоненко Е.В., Урлова А.Н., Хомяков В.М., Шульгин М.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Цель исследования: оценка роли интраоперационной флюоресцентной диагностики в стадировании рака желудка.

Материал и методы. В исследование включены 140 больных раком желудка, 83 (59,3%) мужчины и 57 (40,7%) женщин. Средний возраст пациентов составил $54,4 \pm 11,1$ года. По данным комплексного обследования II стадия заболевания (T3N0M0) была диагностирована у 17 (12,1%) больных, IIIA стадия (T3N1M0, T4N0M0) – у 21 (15%), IIIB стадия (T3N2M0) – у 18 (12,9%) и IV стадия (T3N0,3M0,1; T4N1-3M0-1) – у 84 (60%) пациентов. Всем пациентам была выполнена лапароскопия в белом и синем свете. Для флюоресцентной диагностики применяли препарат на основе 5-аминолевулиновой кислоты Аласенс.

Результаты. В результате проведения лапароскопии с флуоресцентной диагностикой критерий M0 был изменен на M1 у 34 (24,3%) пациентов, при этом у 12 (8,6%) пациентов данной группы опухолевые очаги на брюшине были выявлены только в режиме флуоресценции. У 24 пациентов с выявленной визуальной диссеминацией по брюшине на непораженных при осмотре в белом свете участках брюшины были диагностированы 50 очагов флуоресценции, из них в 48 образцах гистологически были выявлены опухолевые клетки. Чувствительность ревизии брюшины при лапароскопии в белом свете у больных раком желудка III–IV стадии составила 59,6%, специфичность – 75,8%, общая точность метода – 68,5%. Чувствительность флуоресцентной диагностики перитонеальной диссеминации у больных раком желудка II–IV стадии составила 93,0%, специфичность – 93,9%, общая точность

метода – 92,8%.

Выводы. Таким образом, проведение лапароскопической флюоресцентной диагностики позволило установить IV стадию у 12 (8,6%) больных раком желудка, у которых признаков поражения брюшины по данным предоперационного обследования и стандартной лапароскопии в белом свете не было, и изменить тактику лечения этих пациентов.

Эндоваскулярные методы в лечении больных местнораспространенными опухолями головы и шеи

Черняк М.Н., Ульянова Ю.В., Волкова В.Л., Аединова И.В., Чертова Н.А., Баужадзе М.В.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: повышение эффективности химиотерапевтического воздействия с минимализацией системных побочных явлений, создание более высоких концентраций цитостатиков в опухоли, чем при внутривенном их введении.

Материал и методы. Выполнялся стандартный пункционный бедренный доступ с селективной катетеризацией наружной сонной артерии с последующей ангиографией. После оценки кровоснабжения пораженной зоны производилась суперселективная катетеризация таргетных сосудов микрокатетером 2,6 F. Нами выполнено шесть процедур химиоэмболизаций при местнораспространенных опухолях головы и шеи. Четыре процедуры – цисплатин в дозировке 50 мг в масляной эмульсии с липидолом, две процедуры – цисплатин в дозировке 50 мг в смеси с насыщаемыми частицами диаметром 300–500 нм.

Результаты. У всех больных отмечался выраженный болевой синдром непосредственно при эмболизации с нарастанием к вечеру дня операции и регрессом к третьему дню после операции; общетоксических проявлений не отмечалось. Значимых периоперационных осложнений не наблюдалось. У одного пациента через 10 дней отмечался выраженный некроз опухоли корня языка. У всех пациентов отмечен частичный положительный ответ на терапию, позволивший выполнить радикальное хирургическое лечение.

Выводы. Таким образом, химиоэмболизация полимерными микросферами обеспечивает более длительный (до одного месяца) контакт злокачественно перерожденных клеток с противоопухолевым препаратом; химиоэмболизация не сопровождается развитием побочных реакций и осложнений или иммуносупрессивного эффекта, что позволяет использовать ее у наиболее тяжелого контингента больных.

Заболееваемость меланомой кожи в Краснодарском крае, ранняя диагностика и лечение больных

Шаров С.В., Тесленко Л.Г., Степанова Л.Л.

ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Проблемы профилактики, раннего выявления и лечения меланомы кожи актуальны в связи с сохраняющейся тенденцией к увеличению заболеваемости, непредсказуемостью и агрессивностью течения заболевания. Несмотря на визуальную доступность, удельный вес запущенных форм и связанная с ними смертность остаются высокими.

Материал и методы. С использованием автоматизированной информационно-аналитической системы Популяционного ракового регистра Краснодарского края (ПРР КК) проведен анализ всех случаев меланомы кожи, состоящих на учете с 2012 по 2016 г.

Результаты и выводы. В Краснодарском крае (КК) в последние пять лет (2012–2016 гг.) наблюдается увеличение численности заболевших и показателей заболеваемости населения меланомой на 6,2% (с 8,1 до 8,6 на 100 тыс.). В 2016 г. впервые в КК выявлено 476 случаев меланомы. В структуре всей онкопатологии меланома составляет 1,9%, среди мужчин и женщин 1,7 и 2,0% соответственно. Отмечаются пики заболеваемости у мужчин и женщин в возрастных интервалах 65–69 и 75–79 лет. Доля больных с меланомой кожи, выявленной в III–IV стадиях, за пять лет снизилась до 15,6%, снизилась и одногодичная летальность с 14,0% в 2012 г. до 8,9% в 2016 г. По данным Популяционного ракового регистра КК, показатель десятилетней наблюдаемой выживаемости больных с меланомой кожи в 2016 г. составил 52,9%, при I стадии заболевания – 75,8%, при II – 55,6%, при III – 27,5%, а при IV стадии – 11,7%. Отмечена положительная динамика однолетней наблюдаемой выживаемости за 10 лет с учетом всех стадий и при I–III стадиях заболевания отдельно, что говорит о правильной тактике проводимого специального противоопухолевого лечения в КК. Десятилетняя скорректированная выживаемость за 10 лет выше, чем наблюдаемая (при I–III стадиях), что связано с влиянием неонкологических причин на уровень наблюдаемой выживаемости. Ранняя диагностика меланомы кожи является важнейшим условием эффективного лечения, однако для врачей, не обладающих соответствующим опытом, она представляет проблему. Лишь менее 50% клиницистов, не специализировавшихся в области дерматологии и онкологии, могут правильно поставить диагноз меланомы. Среди дерматологов эта цифра повышается до 64%, почти 2/3 врачей не могут диагностировать диспластический невус. Поэтому в настоящее время во многих странах проводят широкомасштабную программу по повышению квалификации в данном направлении врачей как общего, так и специального профиля. В КК в последнее время активно проводится данная работа. Базой для создания рациональной формы индивидуальных профосмотров, проводимых в амбулаторно-поликлинической сети КК, явились смотровые кабинеты как первичное звено онкослужбы. Первичный индивидуальный отбор населения в смотровом кабинете осуществляется с целью формирования групп лиц с подозрением на предопухолевые и онкозаболевания, а также для последующего углубленного обследования. Ведущая роль в ранней диагностике меланомы кожи принадлежит врачу-дерматологу. Более 50% первичных меланом кожи развивается на фоне предшествующих пигментных невусов, при этом частота малигнизации невусов находится в прямой зависимости от их размеров по плоскости, общего количества и типа. Каждое пигментное новообразование у людей старше 30 лет должно обследоваться с подозрением на меланому. Обязательными методами для диагностики меланомы кожи являются: физикальный осмотр, дерматоскопия, рентгенография органов

грудной клетки, ультразвуковое исследование. При этом ни один из методов хирургического лечения, в том числе электрокоагуляция и криодеструкция, при пигментных образованиях кожи и слизистых оболочек не должен проводиться без морфологической верификации диагноза (гистологического исследования). «Скрытая диссеминация» может иметь место при любой стадии меланомы. У 13% больных меланомой кожи I–II стадии в течение пяти лет после радикальной операции наступает генерализация процесса. Радикальность вмешательства при меланомах, особенно у больных с опухолями II и III стадии, весьма условна, причем не столько в хирургическом, сколько в биологическом отношении из-за наличия субклинических метастазов. Поэтому для повышения эффективности лечения меланомы используем комбинированные подходы, предусматривающие сочетание радикальной операции с лекарственным воздействием. Таким образом, основными направлениями снижения смертности от меланомы кожи являются улучшение ранней диагностики и проведение своевременного качественного лечения в специализированном лечебном учреждении.

Распространенность меланомы кожи в Краснодарском крае

Шаров С.В., Тесленко Л.Г., Степанова Л.Л.

ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1»

Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Проблемы профилактики, раннего выявления и лечения меланомы кожи (МК) актуальны в связи с высокими темпами прироста заболеваемости, неблагоприятным прогнозом при запущенных стадиях.

Цель исследования: изучить основные эпидемиологические показатели распространенности МК в Краснодарском крае (КК) за период 2006–2015 гг. С использованием Популяционного ракового регистра (на основе пакета программ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург) проведен анализ 4216 случаев меланомы, впервые выявленных в Краснодарском крае с 2006 по 2015 г. «Грубый» показатель заболеваемости МК за период 2006–2015 гг. увеличился в 1,7 раза (с 6,0 до 10,2 на 100 тыс. населения), прирост показателя произошел среди мужчин на 66,7% (с 5,4 до 9,0 на 100 тыс. мужчин) и среди женщин на 75% (с 6,4 до 11,2 на 100 тыс. женщин). За 10 лет показатель заболеваемости среди женщин выше, чем среди мужчин. «Грубый» показатель смертности также увеличился на 22%: с 2,3 (2006 г.) до 2,8 (2015 г.) на 100 тыс. человек. При этом если среди мужчин отмечается прирост показателя на 43% (2006 г. – 2,1, 2015 г. – 3,0), то среди женщин показатель снизился на 3,8% (2006 г. – 2,6, 2015 г. – 2,5). Соотношение показателей «заболеваемость/смертность» увеличилось с 2,6 до 3,6. Стандартизованный показатель заболеваемости (на 100 тыс., мировой стандарт) среди всего населения увеличился в 1,5 раза (с 4,0 до 6,3), прирост показателя среди мужчин составил 42% (с 4,3 до 6,1), среди женщин – 65% (с 4,0 до 6,6). Стандартизованный показатель смертности среди всего населения практически не изменился (1,6 на 100 тыс. населения, мировой стандарт), среди мужчин он увеличился на 16,7% (с 1,8 до 2,1), среди женщин снизился на 7% (с 1,4 до 1,3). Показатель контингентности пациентов с МК увеличился за 10 лет в 1,4 раза и составил в 2015 г. 73,9 на 100 тыс. населения. Доля пациентов, состоящих на учете пять и более лет, увеличилась с 53 до 54,1%. Выявляемость на ранних (I–

II) стадиях выросла с 70,5 до 79,8%. Доля пациентов с МК, выявленной активно, повысилась с 5,6 до 31,9%. Одногодичная летальность снизилась с 14,4 до 11,6%.

Выводы. Рост показателя заболеваемости МК населения КК связан с увеличением доли лиц старших возрастных групп, наиболее уязвимых по развитию онкопатологии, что подтверждается большим приростом «грубого» показателя заболеваемости по сравнению со стандартизованным. Также роль играет улучшение выявляемости МК в результате реализации в КК в последние годы проектов, направленных на раннюю диагностику онкозаболеваний. Об этом свидетельствует увеличение активного выявления и рост доли ранних стадий МК. Накопление контингентов МК произошло преимущественно за счет роста количества заболевших при стабилизации уровня смертности, снижения одногодичной летальности, а также увеличения доли пациентов, находящихся на учете пять лет и более.

