

## СЪЕЗД ОНКОЛОГОВ УКРАИНЫ

**20—22** сентября 2011 г. в Судак на побережье Черного моря прошел Съезд онкологов Украины. В рамках Съезда прошло заседание секции, посвященной лечению больных с саркомами костей, мягких тканей, лечению больных с метастатическими поражениями костей и опухолями кожи. В первый день Съезда были прочитаны пленарные доклады, посвященные современному состоянию лечения онкологических больных в Украине. 21—22 сентября работа Съезда проходила в формате секционных заседаний. В работе секции по лечению опухолей опорно-двигательного аппарата приняли участие доктора из Киева, Москвы, Харькова, Симферополя, Львова, Запорожья, Одессы, Луганска, Мариуполя. За время работы секции было прочитано более 30 докладов. Были представлены мультимедийные презентации, посвященные биопсии сторожевого лимфоузла, реконструкции послеоперационных дефектов с использованием васкуляризованных аутотрансплантатов в онкоортопедии, многоуровневой тотальной спондилэктомии и эндоскопической технике при лечении опухолей аксиального скелета.

Председатель секции по онкоортопедии, заведующий научно-исследовательским отделением онкоортопедии Национального института рака д-р



Председатель секции онкоортопедии д-р мед. наук А.Г. Дедков

мед. наук А.Г. Дедков выступил с докладом, посвященным одному из самых актуальных вопросов онкоортопедии — анализу осложнений эндопротезирования.

Было отмечено, что эндопротезирование у больных опухолями костей является основным методом реконструкции костно-суставных дефектов после радикальных резекций. Осложнения после эндопротезирования могут приводить как к нарушению функции конечности, так и к ее потере. Целью исследования было определить риски развития ранних и поздних осложнений после эндопротезирования у онкологических больных. Изучены результаты эндопротезирования 228 пациентов с опухолями костей конечностей различных локализаций и нозологических форм, лечившихся в Национальном институте рака Украины с 1999 по 2008 г. Под наблюдением остаются 143 пациента со средним периодом 64,8 мес. Средний возраст — 31,1 года. Проведен многофакторный анализ частоты развития и структуры ранних и поздних осложнений после эндопротезирования костно-суставных дефектов. Осложнения развились у 64 (28,1%) больных, из них ранние — у 23 (10,1%), поздние — у 41 (18,0%). В структуре ранних осложнений преобладали инфекционные (ИО) (56,5%), а в структуре поздних — асептическое расшатывание ножек эндопротеза (АРНЭ) (41,5%), ИО (21,9%), поломки имплантата (22,0%). ИО эндопротезирования наиболее часто развивались после резекции дистального отдела большеберцовой кости — 2 (28,6%) из 7 и проксимального отдела большеберцовой кости — 9 (18,0%) из 50. В 58% случаев высевался *St. epidermidis*. Ампутации вследствие ИО выполнены у 8 из 22 больных, реэндопротезирования — у 7, другие виды реконструктивных вмешательств — у 7. Осложнения в 2,2 раза чаще развивались у пациентов, получавших комплексное лечение по поводу опухолей. АРНЭ отмечено при эндопротезировании тазобедренного сустава в 5 случаях из 40 (12,5%), локтевого — 1 из 8 (12,5%), коленного сустава с частичной заменой бедренной кости — 9 из 95 (9,5%). Методом лечения АРНЭ было ревизионное реэндопротезирование. «Выживаемость» эндопротезов в группе больных, остающихся под наблюдением, составила 74,2%. Риск развития ИО выше у больных опухолями дистального или проксимального отдела большеберцовой кости,

а также у пациентов, получавших химиотерапию. «Выживаемость» эндопротезов зависит от локализации опухоли, применения противоопухолевой терапии, конструкции имплантата и сроков наблюдения.

Большое значение в работе секции было уделено вопросам патоморфологии опухолей костей и мягких тканей, доклады аудитории были представлены профессором В.В. Григоровским. Особое внимание было акцентировано на трудности морфологической диагностики гигантоклеточной опухоли кости.

Сотрудники отделения опухолей опорно-двигательного аппарата (заведующий отделением канд. мед. наук О.Е. Выва) Института патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины (г. Харьков) представили собственный опыт лечения больных с опухолями костей. Клиника обладает опытом лечения более 2800 пациентов с опухолями костей за последние 50 лет. Из них со злокачественными опухолями — 1776 больных, с доброкачественными опухолями — 1054 пациента. С 1960 г. для замещения пострезекционного дефекта применялась аллопластика (>1000 пациентов). Применение аллотрансплантатов позволило расширить возможности хирургических вмешательств у пациентов со значительными пострезекционными дефектами костей и суставов, строго придерживаясь принципов абластики и радикальности операций. С 1980-х гг. при заместительной пластике дефектов костей таза и позвоночника стали применяться имплантаты из корундовой керамики. С развитием химиотерапии подход к лечению больных со злокачественными опухолями костей стал комплексным. С 2001 г., после открытия отдела костной онкологии, в хирургическом лечении больных стали применяться эндопротезы (150 пациентов): индивидуальные модульные, с керамическим покрытием, композитное эндопротезирование (эндопротезы в сочетании с аллотрансплантатами). В настоящее время эндопротезирование является методом выбора хирургического лечения больных с опухолями костей. При злокачественных опухолях применяются протоколы SSG XIV, EUROBOSS I, EURO-E.W.I.N.G. 99. С началом эры полихимиотерапии применение комплексного лечения позволило существенно улучшить результаты лечения, общую выживаемость пациентов, восстановление функции пораженных конечностей за короткий срок, психосоциальную реабилитацию.

Научный сотрудник НИИ им. М.И. Ситенко Я.А. Головина представила доклад по тактике хирургического лечения больных с метастатическим поражением трубчатых костей. Было доложено, что основной целью хирургических вмешательств при костных метастазах является быстрое восстановление функции пораженной конечности, по возможности удаление опухолевого очага, возобновление



Научный сотрудник Института патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко Р.В. Малык выступает с докладом

самообслуживания пациента и повышение качества его жизни. Для определения показаний к хирургическому вмешательству при костных метастазах используются шкала Mirels и критерии Harington, шкала Карновски (для оценки соматического статуса). Проведен анализ 80 историй болезней пациентов с костными метастазами за период с 1998 по 2011 г. Выполнен многофакторный анализ висцеральной и костной диссеминации опухолевого процесса, произведена оценка гистологического типа метастазов, их видов, срока безрецидивного периода, эффективности проводимого ранее специфического лечения. Хороший функциональный результат наблюдался в 75% случаев, выживаемость 2 года — 60%, регресс болевого синдрома — 80%, локальные рецидивы — 10% случаев. Определение четких показаний к хирургическому лечению пациентов с метастазами в длинных костях, обоснование выбора определенного оперативного вмешательства позволяет систематизировать хирургический этап лечения данной категории больных, что приводит к улучшению результатов лечения.

Второй день работы секции был посвящен лечению сарком мягких тканей и опухолей кожи. Заведующий научно-исследовательским отделением опухолей кожи и мягких тканей Национального института рака д-р мед. наук С.И. Коровин выступил с докладом об эффективности химиотерапии дакарбазином генерализованной меланомы кожи. В докладе было озвучено, что монокимиотерапия дакарбазином на протяжении 30 лет остается стандартом лечения больных генерализованной формой меланомы кожи. Данные о результативности применения препарата достаточно противоречивы. Первые монокимиотерапевтические исследования задекларировали 20–25% объективных ответов, в

недавних исследованиях III фазы установлено, что эффективность дакарбазина не превышает 8–11%. Целью исследования было изучить опыт применения дакарбазина у больных генерализованной формой меланомы кожи в нашей клинике, определить его эффективность (частота ответов, медиана жизни). 60 больных генерализованной формой меланомы кожи находились на лечении в Национальном институте рака в период с 2008 по 2010 г. (мужчин — 19, женщин — 41; средний возраст — 51,9 года). Пациенты разделены на 3 группы: M1a (отдаленные метастазы в коже, подкожной клетчатке или нерегионарных лимфоузлах) — 14 больных, M1b (метастазы в легких) — 21 больной, M1c (метастазы в других висцеральных органах либо любая локализация метастазов при повышенном уровне ЛДГ) — 25 больных. Всем больным до начала лечения выполнялась КТГ головного мозга, органов грудной клетки, брюшной полости и таза, определялся уровень ЛДГ. Пациенты получили 2 курса химиотерапии дакарбазином по 250 мг/м<sup>2</sup> поверхности тела в 1–5-й день курса; интервал между курсами 21 день. Через 3 нед после окончания второго курса выполнялась контрольная КТГ. Эффективность лечения оценивалась с помощью критериев RECIST 1.0. Частичная регрессия опухоли выявлена у 7 (11,7%) больных, стабилизация —

у 19 (31,7%), прогрессия заболевания — у 34 (56,6%); ни у одного больного не отмечена полная регрессия опухоли. При этом наибольшее число объективных ответов отмечено в группе M1a (4), в группе M1c — только стабилизация и прогрессия заболевания. Медиана жизни пациентов составила 9 мес: в группе M1a — 11 мес, в группах M1b и M1c — 7 мес. Результаты лечения больных генерализованной формой меланомы кожи остаются крайне неудовлетворительными, что требует дальнейшего поиска как новых лекарственных препаратов, так и подходов к лечению.

В завершение работы секции с докладом о работе Восточно-Европейской Группы по Изучению Сарком и перспективах взаимного сотрудничества специалистов России и Украины выступил научный секретарь Группы канд. мед. наук Е.А. Сушенцов. Было принято решение на первом этапе создать единое информационное пространство для облегчения коммуникаций между специалистами наших стран.

Все участники конференции отметили высокий уровень докладов, представленных на секции, и неоценимую возможность обменяться опытом лечения больных с саркомами костей и мягких тканей.

*Е.А. Сушенцов*