

VII СЪЕЗД ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ СТРАН СНГ

5—7 сентября 2012 г. в столице Казахстана Астане состоялся VII Съезд онкологов и радиологов стран СНГ, собравший специалистов из большинства республик бывшего Советского Союза.

7 сентября состоялось заседание секции, посвященное опухолям костей и мягких тканей, председателями выступили профессор В.А. Горбунова, профессор В.В. Тепляков и д-р мед. наук А.Г. Дедков.

Во время работы секции были прочитаны 24 доклада докторами из стран СНГ, посвященных лечению опухолей опорно-двигательного аппарата. Секцию открыл доклад академика М.Д. Алиева, посвященный эпидемиологии сарком в России.

Далее в обзоре приведены доклады, вызвавшие наибольший интерес у аудитории.

С докладом «Принципы щадящей хирургии при опухолях костей» из Томска выступил профессор



Председатели секции д-р мед. наук А.Г. Дедков, проф. В.В. Тепляков

И.И. Анисения. Были представлены данные о криохирургическом лечении первичных и метастатических опухолей костей. В докладе было представлено изучение эффективности комбинированных методов лечения опухолей опорно-двигательного аппарата на основе экономных хирургических операций и термического воздействия на ткани. В исследование вошла группа из 196 пациентов с местно-деструктивными опухолевыми поражениями костной ткани с доброкачественными (173) и злокачественными (23) процессами с очагами литической или смешанной деструкции относительно небольших размеров, 1–15 см, когда сохранены основные контуры кости, суставные поверхности и отсутствовал выраженный (более 1 см за пределы предполагаемой линии резекции) инфильтративный рост. В итоге доклада было сделано заключение, что проводимые исследования могут позволить обосновать и расширить применение экономных резекций при опухолях опорно-двигательного аппарата, снизить число дорогостоящих эндопротезирований при ряде патологий. Возможно снижение лучевой нагрузки на пациента и персонал за счет дополнительного применения противоопухолевых свойств термических факторов. Криохирургическая методика даст возможность проводить малотравматичное лечение при костных метастазах даже в условиях патологических переломов, эффективное лечение локализаций, недоступных для радикальной хирургической операции. Термически обработанный реплантат позволит выполнять органосохраняющие операции при невозможности эндопротезирования, служит временным вариантом пластики. Методики лечения костных опухолей на основе использования сверхнизких и высоких температур могут найти применение в общей лечебной сети. Предлагаемые методики позволят более активно лечить больных с диссеминированными процессами. Председателями секции было отмечено, что данный метод имеет ограниченные показания для применения в онкологии и требует проведения дополнительных исследований.

А.В. Бухаров представил сообщение о хирургическом лечении опухолей костей таза. В докладе были озвучены общие принципы тактики хирургического лечения данной категории больных. В докладе, представленном Е.А. Сушенцовым, были рассмотрены частные вопросы хирургического лечения больных с опухолями костей таза. Был подробно рассмотрен вопрос о показаниях и противопоказаниях к реконструкции тазового кольца в зависимости от объема удаляемых тканей.

А.А. Жеравин выступил с докладом о замещении сложных пострезекционных дефектов у онкоортопедических больных в Томске. В докладе особое внимание было уделено замещению дефектов после резекций грудной стенки. Показаниями для

реконструкции реберного каркаса были резекции передне-боковых отделов, резекция 3 и более ребер, удаление грудины, площадь дефекта более 100 см². Требования, предъявляемые к материалам, которыми выполняется реконструкция, — это возможность интеграции с тканями организма, анатомическое соответствие утраченным структурам, адекватная фиксация к реберному каркасу, устойчивость к инфекции. Одним из таких материалов является разработанный биосовместимый материал из никелида титана. В исследование были включены 12 пациентов, которым было выполнено 17 операций по поводу опухолей грудной стенки с реконструкцией дефекта. Из осложнений у пациентов в 3 случаях отмечалось смещение пластин и по 1 случаю — свищи и частичный некроз лоскута.



Научный сотрудник НИИ онкологии СО РАМН А.А. Жеравин (Томск)

В докладе о реабилитации онкоортопедических больных после эндопротезирования крупных суставов А.А. Курильчиком был представлен опыт Медицинского радиологического научного центра РАМН (г. Обнинск, Россия). Основными видами медицинской реабилитации являются функциональная реабилитация, психологическая реабилитация и реабилитация, направленная на сохранение фертильной функции. Весьма важным в комплексной мультидисциплинарной программе реабилитации онкоортопедических больных является психологический компонент. Общий принцип психологической реабилитации — адекватность реабилитационных мероприятий потребностям пациента, излеченного от онкологического заболевания. Основу методов сохранения фертильной функции составляют процессы криоконсервации (замораживания) и размораживания клеток, при которых сохраняются их жизнеспособность и

функционирование. Криоконсервация гамет позволяет онкологическим больным в будущем иметь своих детей без применения донорского материала. На сегодняшний день криоконсервация спермы является общепринятым способом сохранения фертильности у мужчин со злокачественными новообразованиями. В большинстве стран Европы метод криоконсервации и хранения эякулята все чаще включается в стандарты лечения онкологических больных репродуктивного возраста. Долгосрочное хранение не влияет на оплодотворяющую способность сперматозоидов. По сравнению с методами сохранения фертильности у мужчин сохранение репродуктивной функции у женщин требует более сложных комплексных и инвазивных методов. Основная цель методики заключается в сохранении фолликулярного резерва у молодых женщин перед началом противоопухолевой терапии. Криоконсервация не требует стимуляции овуляции и отсрочки в начале проведения противоопухолевой терапии. Было отмечено, что основные задачи медицинской функциональной реабилитации это восстановление биомеханики ходьбы, укрепление основных групп мышц (сгибателей, разгибателей, отводящих, приводящих мышц) оперированной конечности, устранение мышечного дисбаланса, увеличение объема движений в протезированном суставе. В докладе было отмечено, что сроки начала функциональной реабилитации зависят от анатомической локализации патологического процесса: при эндопротезировании тазобедренного сустава реабилитационное лечение проводится через 3 мес после операции; при выполнении эндопротезирования коленного сустава сроки начала проведения реабилитации переменны: в случае сегментарной резекции в/3 большой берцовой (б/б) кости возникает необходимость отсечения собственной связки надколенника от бугристости б/б кости с последующей ее фиксацией к эндопротезу. Этот момент удлиняет срок начала мероприятий по разработке движений в суставе до 2 мес; в случае резекции н/3 бедренной кости реабилитация начинается через 1 мес после операции; восстановление больных после протезирования плечевого сустава осуществляется спустя 1 мес после операции. В заключение докладчик делает выводы, что полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего развития данных методик реабилитации у онкологических больных, создания оптимальной системы специализированной стационарной онкорехабилитации, индивидуального подбора физиотерапевтических процедур больному, ЛФК, мультидисциплинарного подхода с привлечением профильных специалистов. Восстановление фертильности наряду с преодолением последствий специфического лечения и психологических проблем является важнейшей составляющей в реабилитации онкоортопедических

больных. Оценку функциональных результатов оперированной конечности по шкале MSTS целесообразно проводить в раннем реабилитационном периоде (через 2–3 нед после операции).

И.Р. Сафин доложил о первом опыте эндопротезирования крупных суставов в онкологии модульными протезами в Казанском областном онкодиспансере. Ежегодно в Татарстане в подобных операциях нуждаются около 35–40 человек с первичными злокачественными новообразованиями и метастатическим поражением костей. Опыт клиники насчитывает 24 пациента, из них с ГКО – 11, ЗФГ – 3, с остеосаркомой – 1, хондросаркомой – 3, метастазы рака почки – 2, метастазы рака молочной железы – 3, с лимфомой с поражением бедренной кости – 1. В 4 случаях выполнялись резекции проксимального отдела плечевой кости с протезированием, в 5 – проксимального отдела бедренной кости, в 8 – протезирование дистального отдела бедренной кости, в 6 – проксимального отдела большеберцовой кости и в 1 случае было выполнено тотальное замещение бедренной кости. В послеоперационном периоде у 1 пациента отмечалось инфицирование ложа протеза и у 1 пациента – вывих головки эндопротеза плеча, которому была выполнена открытая репозиция. Данные операции положили начало новому направлению в клинической работе Казанского областного онкодиспансера, сформировали новое понимание существующих проблем лечения пациентов с опухолевыми новообразованиями костно-суставной системы, убедили в необходимости дальнейшего развития в этом направлении.

Об особенностях хирургического вмешательства при рецидивных саркомах мягких тканей выступил заслуженный деятель науки РФ профессор М.Д. Ханевич из Санкт-Петербурга. Было отмечено, что местные рецидивы сарком мягких тканей колеблются от 20 до 50% от всех ранее оперированных случаев. Более чем в 70% они возникают в сроки от 2 нед до 6 мес. Причинами развития рецидивов служат нерадикальность хирургических вмешательств, которые производятся без предоперационной морфологической верификации опухоли в медицинских учреждениях общелечебной сети; наличие больших размеров опухолей на момент хирургического лечения, особенно в местах, труднодоступных для осуществления пластических и реконструктивных этапов операций; необоснованное уменьшение объема операции с целью сохранения функциональности конечностей и других анатомических зон; отсутствие должного контроля за соблюдением абластичности хирургического вмешательства; отказ от применения инновационных методов лечения, повышающих качество операции. В исследовании были включены 110 больных с рецидивными саркомами мягких тканей. Из них 42 (38,2%) были оперированы с применением инновационных тех-

нологий (рентгенэндоваскулярная эмболизация, криовоздействие). Период наблюдения за пациентами, которым применялись предоперационная эмболизация сосудов и криовоздействие во время хирургических вмешательств, составил от 1,5 до 5 лет. Местный рецидив заболевания возник в 4 (9,5%) случаях. В контрольной группе из 68 пациентов (без выполнения рентгенэндоваскулярного вмешательства и применения криовоздействия) рецидив возник у 15 (22,1%) больных. У 25 пациентов из 30 удалось выполнить органосохраняющие вмешательства или создать функционально-выгодные условия для протезирования. Отдаленные метастазы в основной группе были установлены у 6 (14,3%) больных, в контрольной группе — у 12 (17,6%) больных.

Сообщение о прогностических факторах развития метастазов меланомы кожи в «сторожевых» лимфатических узлах сделала М.Н. Кукушкина. Исследование было проведено на базе Национального института рака Украины. Критериями включения больных в исследование были клинические признаки меланомы кожи либо состояние после экономного иссечения опухоли, локализация меланомы кожи в области туловища или конечностей, отсутствие клинических признаков поражения регионарных лимфатических узлов, отсутствие клинико-рентгенологических признаков генерализации процесса. Количество обнаруженных «сторожевых» лимфоузлов составило: 1 узел — 95 больных (60,9%); 2 узла — 57 больных (36,5%); 3 узла — 4 больных (2,6%). Среднее количество «сторожевых» лимфатических узлов у 1 больного — 1,4. В заключение было отмечено, что на частоту возникновения метастазов в «сторожевых» лимфатических узлах влияют такие факторы, как локализация первичной опухоли в области туловища и толщина первичной опухоли по Breslow более 4,01 мм. Более молодой возраст больных и толщина опухоли от 2,01 до 4,0 мм также ассоциируются с повышением частоты возникновения метастазов в «сторожевых» лимфатических узлах, однако эти данные не являются статистически значимыми. В дальнейшем необходимо повторное изучение данного вопроса с увеличением количества пациентов в обеих группах.

Также с сообщением из Киева выступил сопредседатель секции д-р мед. наук А.Г. Дедков. В докладе были представлены результаты комбинированного лечения больных с метастазами почечно-клеточного рака (ПКР) в кости. Целью исследования было оценить эффективность бисфосфонатов (БФ) при метастазах почечноклеточного рака в кости. Также были поставлены следующие задачи: оценить действие БФ в профилактике и лечении костных метастазов почечно-клеточного рака в сравнении со стандартной терапией; спрогнозировать вероятность появления метастазов в кости у больных

ПКР после радикального лечения с помощью определения уровня серологического маркера Bone TRAP 5b); индивидуализировать прием бисфосфонатов в зависимости от уровня серологического маркера костной резорбции (Bone TRAP 5b). В исследование вошли 48 больных со скелетными метастазами ПКР, рандомизированные на 2 группы в зависимости от приема БФ, из них: мужчин — 26, женщин — 22. Средний возраст больных составил 57,8 года. Патологический перелом или его угроза диагностированы у 32 пациентов. Распределение по локализациям было следующим: бедренная кость — 26 (54,2%), плечевая кость — 14 (29,1%), большеберцовая кость — 5 (10,4%), локтевая кость — в 3 (6,2%) случаях. В исследовании были получены следующие результаты: снижение интенсивности болевого синдрома в основной группе (94%), в то время как в контрольной группе боли сохранялись у большей половины; склерозирование оставшихся метастатических очагов на фоне ЛТ у 12%; снижение количества повторных хирургических вмешательств в основной группе в 2 раза; увеличение сроков ремиссии ($16,2 \pm 5,1$ и $7,6 \pm 3,2$ мес соответственно ($p > 0,05$)). В заключение было отмечено, что использование БФ в комбинированном лечении больных ПКР позволяет снизить интенсивность болевого синдрома, снижает необходимость и количество хирургических вмешательств и продлевает сроки ремиссии.

З.Х. Хусейнов из Таджикистана выступил с докладом на тему диагностики и лечения местнораспространенных сарком мягких тканей. В работе использован клинический материал Республиканского Онкологического научного центра МЗ Республики Таджикистан, был дан анализ результатов диагностики и лечения местно-распространенных сарком мягких тканей у 258 пациентов в возрасте от 16 до 84 лет. Было отмечено, что в Республике Таджикистан открыта иммуногистохимическая лаборатория и иммуногистохимическое исследование проведено в 98 случаях местно-распространенных сарком мягких тканей. При исследовании во всех случаях проводилось иммуногистохимическое определение прогностических маркеров Ki67, p53, Bcl2, VEGF, EGFR, C-kit с использованием полимерных систем детекции, моно- и поликлональных антител. В исследовании проведенный анализ сроков от появления новообразования до операции показал, что большая часть пациентов обращается в поздние сроки, что является одним из факторов плохого прогноза заболевания. Всем пациентам были произведены различные виды хирургического лечения: органосохраняющие операции проведены 82 больным; калечащие операции — 26 пациентам и выполнялись в случаях, когда имелась местнораспространенная опухоль, поражающая окружающие ткани, не подлежащие восстановлению. Комбини-



Участники Съезда: канд. мед. наук Г.А. Серикбаев, проф. В.В. Тепляков, проф. Т.К. Харатишвили, д-р мед. наук В.А. Соболевский, канд. мед. наук Р.И. Тамразов

рованное лечение было проведено 64 больным с морфологически верифицированным диагнозом: в 1-ю группу вошли больные, которым в плане комбинированного лечения проведена химиотерапия; 2-й группе проведена лучевая терапия; в 3-й группе лечение проведено на фоне иммунотерапии. При изучении выживаемости достоверно лучшие показатели отмечаются в группе больных, которым проведено комплексное и комбинированное лечение, по сравнению с теми, кто получал только хирургическое лечение. В заключение было отмечено, что диагностика и лечение больных с мест-

но-распространенными саркомами мягких тканей представляют сложную задачу для клиницистов, и эта проблема требует к себе пристального внимания не только онкологов, но и всех специалистов, к кому впервые обращаются пациенты.

Проведенный Съезд онкологов и радиологов стран СНГ показал, насколько важным и уникальным остается данное событие в научной и медицинской жизни специалистов-онкологов на постсоветском пространстве.

Е.А. Сушенцов