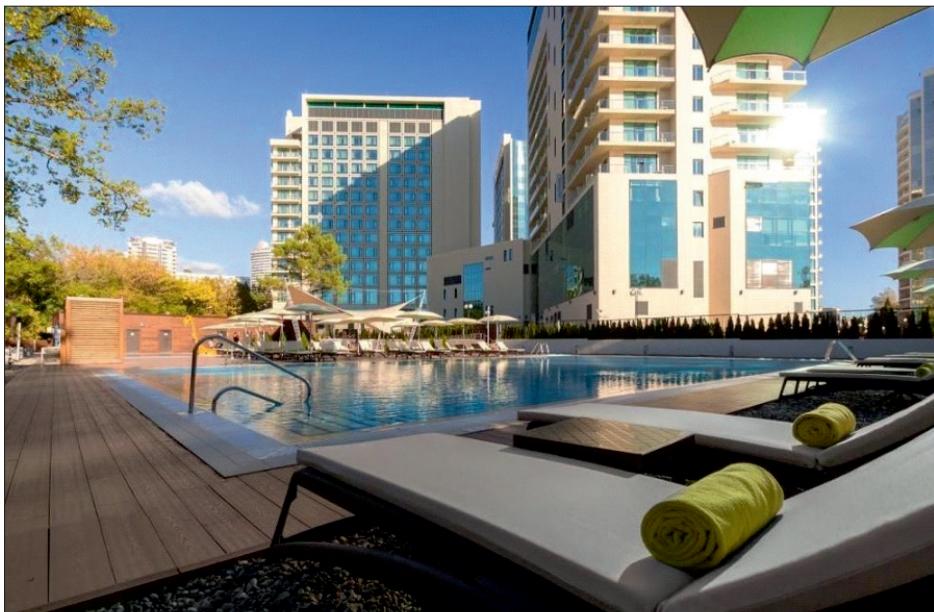


# Х СЪЕЗД ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ СТРАН СНГ И ЕВРАЗИИ ПАМЯТИ АКАДЕМИКА Н.Н. ТРАПЕЗНИКОВА

23–25 апреля в конгресс-центре отеля «Mercure Сочи Центр» (г. Сочи, Россия) состоялся крупнейший форум в области онкологии в СНГ – X Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. Съезды проводятся с 1996 г. в рамках деятельности Ассоциации директоров центров и институтов онкологии и рентгенорадиологии стран СНГ и Евразии (АДИОР).

последние 20 лет. Свои доклады представили руководители и ведущие специалисты из крупнейших онкологических центров стран СНГ.

Помимо научных сессий, лекций и симпозиумов по различным аспектам онкологии и организации здравоохранения в рамках съезда прошел конкурс молодых ученых, а также совместная сессия АДИОР – НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина – NCI



Х Съезд организован Ассоциацией директоров центров и институтов онкологии и рентгенорадиологии стран СНГ и Евразии (АДИОР) совместно с Национальным медицинским исследовательским центром онкологии им. Н.Н. Блохина и Ассоциацией онкологов России. Съезд посвящен памяти и академика Н.Н. Трапезникова, основателя и первого президента АДИОР.

В X Съезде онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии приняли участие более 1200 онкологов, радиологов и специалистов смежных специальностей из России, Беларуси, Украины, Молдовы, Армении, Азербайджана, Узбекистана, Киргизстана, Казахстана, Таджикистана, Туркменистана и других стран.

Ключевой темой съезда стало обсуждение результатов развития онкологических служб стран СНГ за

Center for Global Health «Глобальные усилия в противораковой борьбе: перспективы в странах СНГ и международное сотрудничество».

Организационный комитет (председатель профессор С.А. Тюляндин) и международный научный комитет (более 25 ученых из РФ и СНГ) смогли запланировать и реализовать насыщенную научную программу съезда.

На церемонии открытия съезда с памятной лекцией, посвященной жизни и деятельности академика Н.Н. Трапезникова, выступил академик РАН М.Д. Алиев. В течение нескольких минут аудитория вернулась в середину XX века – эпоху великих открытий и научных достижений советской медицины. Академик Н.Н. Трапезников был активным участником и важной фигурой в



процессе становления и всеобщего признания онкологической науки.

Приоритетность, актуальность и высокая эффективность исследований и разработок, возглавляемых Н.Н. Трапезниковым, были высоко и неоднократно оценены отечественной и зарубежной научно-медицинской общественностью. В 1974 г. он избирается членом-корреспондентом АМН СССР, а в 1978 г. – действительным членом (академиком) АМН СССР (с 1992 г. – РАМН). Николай Николаевич являлся почетным членом многих известных международных онкологических организаций: Американской ассоциации хирургов-онкологов, Греческой ассоциации хирургической ортопедии и травматологии, Чешского онкологического общества им. Пуркинье, Польского и Югославского онкологических обществ, а также членом SICOT (Международного общества ортопедической хирургии и травматологии). Н.Н. Трапезников относится к ученым с широкими научными интересами. Ему было свойственно стремление к проведению широкомасштабных, многоплановых клинических и экспериментальных исследований в онкологии.

В последние годы его жизни была проведена работа по совершенствованию методов комбинированного лечения сарком костей, а также вариантов эндопротезирования крупных суставов. Получили широкое применение эндопротезы из нового изопластического материала, которые позволили решить проблемы стабильной фиксации и улучшения функциональных результатов. Были разработаны новые подходы в хирургическом лечении первичных

и рецидивных опухолей костей таза. При лечении сарком мягких тканей показана роль комплексного подхода с использованием неоадьювантной терапии и органосохраняющих операций. Усилиями и стараниями академика Н.Н. Трапезникова была создана научная школа с многочисленными учениками. Идеи академика Н.Н. Трапезникова и его учеников были реализованы в создании принципиально новой области в онкологии – онкоортопедии. Объединение в единую дисциплину достижений химиотерапии, ортопедии, нейрохирургии, сосудистой и восстановительной хирургии, реабилитации и т. д. позволило резко улучшить доступность и результаты лечения пациентов с поражением опорно-двигательного аппарата.



В программе X Съезда АДИОР широко представлена проблема оказания помощи пациентам с поражением опорно-двигательного аппарата. Работу секции «Опухоли костей и мягких тканей» организовали члены большой научной школы академика Н.Н. Трапезникова. Секция состояла из 2 сессий.

На 1-й сессии председателями были академик РАН М.Д. Алиев (Россия), д.м.н. проф. М.А. Гафур-Ахунов (Узбекистан) и Б. Либерман (Израиль).



На этой сессии было заслушано 8 докладов ученых из Израиля, Азербайджана, Казахстана, Узбекистана и России. Большинство докладов были посвящены эндопротезированию крупных суставов, голеностопного сустава, редких анатомических локализаций у пациентов с опухолями костей.

В докладе ученых из Азербайджанского медицинского университета рассмотрены пути коррекции осложнений после эндопротезирования крупных суставов у онкологических пациентов после широкой сегментарной резекции костей. Несмотря на получаемые хорошие функциональные результаты, в послеоперационном периоде возникают осложнения. Из всех 211 оперативных вмешательств в различные сроки имело место 52 случая разного рода осложнений:

1. хирургические: гнойно-воспалительные – 16 (7,58%) больных;
2. ортопедические: нестабильность или расшатывание ножек эндопротеза, нестабильность узла эндопротеза, связанная с износом или поломкой фиксатора или шарнира, поломка ножек эндопротеза – 19 (9%) больных;
3. онкологические: рецидив опухоли – 17 (8,05%) больных.

Существует несколько вариантов лечения гнойно-воспалительных осложнений после эндопротезирования:

1. консервативное: антибиотикотерапия;
2. удаление эндопротеза с последующей ампутацией конечности или реэндопротезированием.

В докладе Н.А. Большакова, А.Ю. Артемова, М.В. Тихоновой и др. из НМИЦ ДГОИ им. Д. Ро-

гачева (Россия) приведено описание собственного опыта онкологического эндопротезирования при замещении пострезекционных дефектов костей, образующих коленный сустав, у пациентов детского и подросткового возраста. С июня 2012 г. по декабрь 2017 г. проведено 65 эндопротезирований коленного сустава. Из них: 40 эндопротезирований дистального отдела бедренной кости и коленного сустава, в том числе 17 «раздвижным» эндопротезом; 25 эндопротезирований проксимального отдела большеберцовой кости и коленного сустава, в том числе 11 «раздвижным» эндопротезом. Диапазон объема замещения составил от 120 до 315 мм. При выборе фиксации эндопротеза предпочтение отдавалось бесцементной. По результатам гистологического исследования, края резекции проходили в пределах здоровых тканей. Общая выживаемость по данным на декабрь 2017 г. – 86% ( $\pm 8\%$ ), бессобытийная выживаемость – 51% ( $\pm 14\%$ ).

Таким образом, можно констатировать, что онкологическое эндопротезирование у детей с опухолями, расположеннымными в области коленного сустава, является предпочтительным методом лечения, позволяющим достичь хороших онкологических и функциональных результатов.

Онкологи из Узбекистана Д.Ш. Полатова, Х.Г. Абдикиров, М.А. Гафур-Ахунов и др. в своем сообщении оценили результаты эндопротезирования коленного сустава 133 больным с опухолями проксимального отдела большеберцовой и дистального отдела бедренной кости. Мужчин было 82, женщин – 57. Больные были в возрасте от 17 до 48 лет. По гистологической структуре у 61 больного остеосаркома, у 17 – хондросаркома, у 53 – гигантоклеточная опухоль, у 1 – саркома Юинга и у 1 – метастаз рака молочной железы. Протяженность поражения 7–16 см, протяженность пострезекционного дефекта 11–21 см. Использована как цементная, так и бесцементная фиксация ножек эндопротеза. Показано, что органосохраняющее лечение в объеме эндопротезирования коленного сустава при опухолях бедренной и большеберцовой кости является идеальным методом, позволяет получить удовлетворительные функциональные результаты.

Вторая сессия прошла под председательством проф. А.А. Касюка (Беларусь), Э.Р. Мусаева (РФ), Д.Ш. Полатовой (Узбекистан), С.Г. Сеинян (Армения), В.В. Теплякова (РФ) З.Ч. Хусейнова (Таджикистан). Тема онкоортопедии была продолжена 6 интереснейшими докладами.

В докладе ученых из Национального центра онкологии им. В.А. Фанарджяна Министерства здравоохранения Республики Армения было рассмотрено хирургическое лечение патологических переломов длинных трубчатых костей при первичных и метастатических опухолях костей. В период с 1998 г. по настоящее время в Республиканском цен-



трех костной патологии оперированы 227 больных с патологическими переломами длинных трубчатых костей и угрозой возникновения перелома в возрасте от 10 до 82 лет. По локализации патологического перелома больные распределялись следующим образом: бедренная кость – 148 (65,2%) больных, плечевая кость – 49 (21,6%) больных, б/берцовая кость – 22 (9,7%) больных, лучевая кость – 5 (2,2%) больных, локтевая кость – 3 (1,3%) больных. При анализе функционального статуса больных в соответствии с индексом Карнофского установлено повышение индекса с 30–40 баллов до операции до 70–80 после операции. В большинстве случаев уже на 5–7-й день начиналась активная реабилитационная программа. При наличии показаний к химио- и/или лучевой терапии последняя начиналась уже на 2-й неделе после операции. Функциональные результаты у больных, оперированных до возникновения патологического перелома, значительно превышали таковые у пациентов с состоявшимся переломом, что позволяет высказаться в пользу раннего вмешательства у больных с высоким риском наступления патологического перелома.

Онкологи из Республиканского научно-практического центра онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова Министерства здравоохранения Республики Беларусь (С.В. Зарецкий и А.А. Касюк) оценили непосредственные результаты эндопротезирования тел позвонков у 25 пациентов со злокачественными опухолями позвоночника, которые были прооперированы в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова в 2015–2017 гг. с использованием переднего хирургического доступа. Операция была выполнена на шейном отделе позвоночника у 7 пациентов, на грудном – у 11, на поясничном – у 7. Продолжительность операции варьировалась от 50 до 270 мин (медиана – 140 мин). Непосредственные результаты хирургического лечения были оценены по динамике неврологического дефицита (шкала Frankel) и болевого синдрома (цифровая рейтинговая шкала). В послеоперационном периоде

улучшение в неврологическом статусе было у 90% пациентов, уменьшение степени выраженности болевого синдрома – у 85%. Все пациенты начали ходить без посторонней помощи на 3–5-е сутки после операции. Осложнения развились у 6 (24%) пациентов. Дислокации эндопротеза, летальных исходов не было.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Использование передних хирургических доступов является оптимальным у пациентов с новообразованиями тел позвонков.

2. Эндопротезирование тел позвонков в сочетании с костной аутопластикой позволяет произвести передний спондилодез без задней стабилизации позвоночника и создать условия для проведения последующего противоопухолевого лечения.

Все доклады, представленные на секции по онкоортопедии, были отобраны научным комитетом для всеобщего обсуждения важных тем в разных странах СНГ. Дальнейшая совместная работа ученых из разных стран позволит найти быстрые и качественные ответы на существующие проблемы.



Весь объем научной информации относительно Съезда и его секций можно найти по адресу <http://cisoncology2018.org/page/materials>.

Подготовил Буров Д.А.