

ипсилатеральной долевой лимфатической диссекции в зависимости от гистопатологической степени дифференцировки опухоли.

Цель исследования: исследование значимости ипсилатеральной долевой лимфатической диссекции в зависимости от гистопатологической дифференцировки опухоли.

Материалы и методы исследования. Анализу подвергнуты стационарные и амбулаторные медицинские карты пациентов, находившихся под наблюдением ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» и оперированных в торакальном отделении №1 в 2000-2009гг. Условия включения в исследуемую группу: объем операции (лобэктомия или пульмонэктомия), морфологический вариант (немелкоклеточный рак), наиболее показательные стадии по данным предыдущей подглавы (IВ, IIВ, IIIА), отсутствие осложнений в послеоперационном периоде, отсутствие адъювантного и неoadъювантного лечения. Выделены группы согласно объему операции (лобэктомия и пульмонэктомия), клинико-анатомической форме (периферический или центральный), степени дифференцировки (G1, G2, G3, G4). Общее количество пациентов – 847. Периферическая клинико-анатомическая форма – 480, центральная – 367. Распределение по степени дифференцировки: G1 - 160, G2 - 399, G3 - 270, G4 - 18. Подсчитано количество пациентов и рассчитана выживаемость в каждой группе. Выживаемость рассчитана методом оценки Каплан-Майер.

Результаты. G1: лобэктомия - 57,43 ± 9,84 %, пульмонэктомия - 49,15 ± 13,02 % (p=0,4); G2: лобэктомия - 37,11 ± 7,66 %, пульмонэктомия - 37,11 ± 7,66 % (p=0,005); G3: лобэктомия - 56,43 ± 8,38 %, пульмонэктомия - 33,85 ± 8,30 % (p=0,001); G4: лобэктомия - 75,00 ± 30,62 %, пульмонэктомия - 30,00 ± 28,98 % (p=0,05).

Полученные результаты свидетельствуют об ухудшении выживаемости пациентов, перенесших пульмонэктомию, с уменьшением дифференцировки опухоли.

Для детального исследования, проведен анализ групп с учетом клинико-анатомической формы. G1) периферическая форма: лобэктомия - 56,63 ± 10,88 %, пульмонэктомия - 50,00 ± 44,72 % (p=0,8); центральная форма: лобэктомия - 61,11 ± 23,65 %, пульмонэктомия - 49,06 ± 13,73 % (p=0,4); G2) периферическая форма: лобэктомия - 51,74 ± 7,05 %, пульмонэктомия - 31,71 ± 14,53 % (p=0,02); центральная форма: лобэктомия - 56,41 ± 15,88 %, пульмонэктомия - 38,98 ± 8,98% (p=0,1); G3) периферическая форма: лобэктомия - 58,33 ± 9,49 %, пульмонэктомия - 17,86 ± 14,74 % (p=0,001); центральная форма: лобэктомия - 50,00 ± 17,68 %, пульмонэктомия - 38,24 ± 9,62 % (p=0,3); G4) периферическая форма: лобэктомия - 75,00 ± 30,62 %, пульмонэктомия - 20,00 ± 40,00 % (p=0,05); центральная форма: лобэктомия - 0 пациентов, пульмонэктомия - 40,00 ± 48,99%.

Выводы. По полученным результатам, при периферическом раке со снижением степени дифференци-

ровки снижается влияние пульмонэктомии и соответственно ипсилатеральной долевой лимфодиссекции на выживаемость. При центральном раке остается целесообразность ипсилатеральной долевой лимфатической диссекции при любой степени дифференцировки.

Список литературы

1. Watanabe Sh. Lymph node dissection for lung cancer: significance, strategy and technique / Shun-ichi Watanabe, H. Asamura // Journal of thoracic oncology – 2009. - №4 – pp 652-657.

2. Inoue M. Results of surgical intervention for p-stage IIIA (N2) non-small cell lung cancer: acceptable prognosis predicted by complete resection in patients with single N2 disease with primary tumor in the upper lobe / M. Inoue M, N. Sawabata, S. Takeda et al. // The journal of thoracic and cardio-vascular surgery. – 2004. – pp 1100-1106.

3. Keller S.M. Prolonged survival in patients with resected non-small cell lung cancer and single-level N2 disease / S.M. Keller, M.G. Vangel, H. Wagner et al // The journal of thoracic and cardio-vascular surgery. – 2004. – pp 130-137.

4. Ohta Y. Results of initial operations in non-small cell lung cancer patients with single-level N2 disease / Y. Ohta, Y. Shimizu, H. Minato et al. // Annals of thoracic surgery - 2006. - pp 427-433.

#### **ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Т.М.Кобылецкая, А.М.Зайцев, О.Н.Кирсанова, С.А.Кисарьев

*Научный руководитель: к.м.н. А.М.Зайцев  
Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена - филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр», Москва, РФ*

Актуальность. С появлением новых возможностей в лечении пациентов онкологического профиля - лечение метастазов головного мозга становится одним из наиболее важных факторов, определяющим продолжительность и качество жизни данной группы пациентов. С каждым годом увеличивается количество онкологических больных, вместе с этим уровень смертности от злокачественных новообразований стабильно занимает второе место, уступая смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. А среди онкологических пациентов отмечается неуклонный рост количества больных с метастатическим поражением головного мозга. Все это объясняется увеличением продолжительности жизни данных пациентов в связи с высокими результатами комплексного подхода в лечении онкологических заболеваний, а, следовательно, большей вероятностью метастазирования. [2] В Российской Федерации нет четкой статистики по выявля-

емости внутримозговых метастазов у онкологических больных, но считается, что в среднем ежегодно выявляется 14–16 новых случаев на 100000 населения. [1] В настоящее время медиана выживаемости у пациентов с внутримозговыми метастазами без лечения составляет в среднем 1 мес., после облучения всего головного мозга (ОВГМ) – 2-7 мес., при использовании хирургии или радиохимики в сочетании с ОВГМ – 6-15 мес. [1] В МНИОИ им. П.А. Герцена - филиале ФГБУ НМИРЦ Минздрава России в период с 2007 по 2016 гг. было оперировано 514 больных с олигометастазами в головном мозге. Из них, с применением интраоперационной флюоресцентной диагностики (ИОФД) оперировано 279 пациентов, остальные 235 пациентов попали в контрольную группу. По данным послеоперационной МРТ головного мозга с в/в контрастным усилением применение методики ИОФД позволило увеличить радикальность удаления опухолей, по сравнению с контрольной группой на 23,7%, а число локальных рецидивов снизилось с 29% до 5,3%. Медиана общей выживаемости среди основной группы больных и контрольной группы составила 12 месяцев и 8 месяцев, соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости среди основной группы больных и контрольной группы составила 9 месяцев и 6 месяцев, соответственно. [1]

Цель: повышение радикальности хирургического лечения больных с метастатическим поражением головного мозга, оценка эффективности применения интраоперационной флюоресцентной диагностики, ее влияние на общую и безрецидивную выживаемость.

Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А. Герцена - филиале ФГБУ НМИРЦ Минздрава России с 2007 по 2016 гг. было оперировано 514 больных с олигометастазами в головной мозг. Средний возраст составлял 51,4 года (от 24 до 84 лет). Из них, с применением интраоперационной флюоресцентной навигации оперировано 279 пациентов, остальные 235 пациентов попали в контрольную группу. Распределение больных по группам выполнялось методом слепой рандомизации. [1] В качестве фотосенсибилизатора использовался препарат АЛАСЕНС - гидрохлорид 5-аминолевулиновой кислоты, производства ФГУП «ГНЦ «НИОПИК». [4] Флюоресцентная диагностика выполнялась с помощью операционного микроскопа ОРМИ Pentero компании «Carl Zeiss» с модулем Blueblock 400. В группе с применением ИОФД в 279 (94,7%) случаях удаление метастаза выполнено тотально, у 14 (5,3%) больных констатировано субтотальное удаление. [1] В контрольной группе в 167 (71%) случаях удаление метастаза выполнено тотально, у 68 (29%) больных констатировано субтотальное удаление.

Результаты. По данным послеоперационной МРТ головного мозга с в/в контрастным усилением, выполненной в первые 24 часа после операции, радикальность удаления опухолей в основной группе увеличилась на 23,7%, по сравнению с контрольной.

Осложнений, связанных с ИОФД не отмечено. Медиана общей выживаемости среди основной группы больных и контрольной группы составила 12 месяцев и 8 месяцев, соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости среди основной группы больных и контрольной группы составила 9 месяцев и 6 месяцев, соответственно. Опыт применения интраоперационной флюоресцентной диагностики (ИОФД) метастатических опухолей головного мозга показывает перспективность данной методики: ее применение повышает радикальность удаления опухолей на 23,7%, позволяет снизить число локальных рецидивов с 29% до 5,3%. Продолженный рост опухоли отмечен в группе с ФД и в группе без ФД – в 4,16% и 30,3% случаев, соответственно.

Выводы. Интраоперационная флюоресцентная диагностика метастатических опухолей головного мозга является безопасной методикой, не ухудшающей клиническое течение заболевания. Флюоресцентная диагностика показана всем больным с внутримозговыми метастазами во время нейрохирургических вмешательств, поскольку ее применение достоверно снижает число диагностических ошибок, увеличивает общую и безрецидивную выживаемость пациентов данной категории, позволяет достоверно оценить границы опухоли и повысить радикальность оперативного вмешательства до 99%.

Список литературы:

1. Зайцев А.М., Потапова Е.А., Кирсанова О.Н. Лечение метастатического поражения головного мозга. Научно-практический журнал «Исследования и практика в медицине». 2015г. №2. Том 2. с.8-14.
2. Коновалов А.Н., Козлов А.В., Черкаев В.А., Голанов А.В., Кобяков Г.Л., Белов А.И., Зайцев А.М. Опухоли центральной нервной системы. Онкология: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-медиа, 2008 г., с. 1012-1044.
3. Малкаров М.С., Древалль О.Н., Борзунов А.Н., Горожанин А.В., Пучков В.Л., Рынков И.П., Кузнецов А.В., Чагава Д.А. Методы интраоперационного контроля при удалении внутримозговых опухолей головного мозга. Ж. Вопросы нейрохирургии, том 3, 2010 год, с. 20-24.
4. Цыб А.Ф., Каплан М.А., Романко Ю.С., В.В. Попучиев. Фотодинамическая терапия, 2009.
5. Schiff D. et all. Principles of neuro-oncology // McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2005, 553-579 p.