

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ РОО «ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО» / PROCEEDINGS OF SESSIONS OF PETERSBURG ONCOLOGY SCIENTIFIC SOCIETY

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ РОО «ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО» № 529 от 16.10.2025 г.

Присутствовали:

6 из 11 членов Правления РОО «Петербургское онкологическое научное общество»:

1. Президент РОО «Петербургское онкологическое научное общество» д.м.н., профессор *Орлова Рашида Вахидовна*.
2. Профессор, член-корр. РАН *Беляев Алексей Михайлович*.
3. Д.м.н., профессор *Топузов Эльдар Эскендерович*.
4. Д.м.н., профессор *Семиглазова Татьяна Юрьевна*.
5. К.м.н. *Комаров Юрий Игоревич*.
6. К.м.н. *Брянцева Жанна Викторовна*.

Всего присутствовало 43 члена РОО «Петербургское онкологическое научное общество».

ДОКЛАД

ТРИМОДАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

к.м.н. Е.Е. Самарцева

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России

Тримодальная терапия (ТМТ) представляет собой органосохраняющий метод лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (МИРМП), который включает три ключевых этапа: максимально радикальную трансуретральную резекцию (ТУР) мочевого пузыря с последующей синхронной химиолучевой терапией (ХЛТ), проводимой через 4–8 недель после операции.

Согласно данным метаанализов (2019, 2024), онкологические результаты ТМТ сопоставимы с радикальной цистэктомией (РЦЭ) по показателям общей, безрецидивной и канцер-специфической выживаемости. Это позволяет рассматривать ТМТ в качестве альтернативы удалению мочевого пузыря при условии тщательного отбора пациентов. Ключевым фактором успеха ТМТ является строгий отбор кандидатов. Идеальный пациент для такого лечения — с унифокальной опухолью стадии cT2, без сопутствующего гидронефроза, карциномы *in situ*, мультифокального поражения и инвазии за пределы мышечного слоя. При этом неуро-

телиальные карциномы демонстрируют худший ответ на ТМТ. Важным преимуществом является экономический аспект: стоимость ТМТ по ОМС составляет около 210 тыс. рублей, что значительно ниже стоимости роботической цистэктомии, выполняемой по квоте (примерно 382 тыс. рублей).

Лучевая терапия в рамках ТМТ проводится с облучением мочевого пузыря и регионарных лимфоузлов с применением современных методов (IMRT, VMAT, 3D-CRT) в режиме стандартного или умеренного гипофракционирования. Осложнения ТМТ в основном представлены острой токсичностью: мочеполовой 3–4 степени тяжести — у 21% пациентов, желудочно-кишечной — у 9,6%. Поздняя токсичность 3 степени наблюдается в 7% случаев, а тяжелые осложнения 4 степени крайне редки.

При неэффективности ТМТ или возникновении рецидива выполняется спасительная цистэктомия, которая требуется в 19,2% случаев. Эта операция сопряжена с более высоким риском осложнений и смертности

по сравнению с первичной РЦЭ, а 5-летняя безрецидивная выживаемость после нее составляет 54,3%.

Выводы:

1. Достижение удовлетворительного онкологического результата с помощью ТМТ требует строгих критериев отбора пациентов.

2. Сравнительные онкологические результаты ТМТ и РЦЭ остаются спорными.

3. Стратегия ТМТ требует тесного междисциплинарного сотрудничества, чтобы обеспечить принятие обоснованных решений.

4. Необходимо информирование пациентов о рисках ТМТ и возможной спасительной ЦЭ после нее.

Вопросы и обсуждение

Карлов А.П.: По приведенным цифрам очень сложно понять, есть ли там микроцистит? Как вы расцениваете частое мочеиспускание каждые 30 минут, когда человек не может спать? Это 3 или 4 степень осложнения или это не осложнение?

К.м.н. Самарцева Е.Е.: Во-первых, что касается микроцистита, по данным литературы, частота его составляет всего 2%. Что касается токсичности, то если пациент мочится каждые полчаса, в принципе, это можно отнести к третьей степени мочеполовой токсичности. Данное осложнение не купируется медикаментозно: ни альфа-блокаторами, ни уроанальгетиками, соответственно, не купируемая медикаментозно симптоматика — это grade 3.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Екатерина Евгеньевна, у вас не создается такое впечатление, что чаще всего тримодальную лучевую терапию наши хирурги-урологи рассматривают по остаточному принципу, уже у пациентов с достаточно распространенными стадиями при невозможности хирургического лечения. Вы показали в презентации, какие именно пациенты могут получать тримодальную лучевую терапию, и при таком подходе будет успех лечения. Соответствует ли этому реальная практика? Всем ли вы проводите тримодальную лучевую терапию из тех, кого вам направляют урологи из других учреждений?

К.м.н. Самарцева Е.Е.: На мой взгляд, у хирургического сообщества еще пока не сформировалось полного понимания. Есть над чем работать, потому что действительно зачастую приходят пациенты с местно-распространенным процессом. И если им невозможно выполнить цистэктомию, мы, конечно, стараемся таких пациентов на химиолучевую

терапию тоже не брать, потому что в этом случае она уже носит паллиативный характер и, на мой взгляд, дает не совсем удовлетворительные результаты. Возможно даже, что у таких пациентов мы ничего, кроме токсичности, не получим. И поэтому, если пациенту возможно выполнить цистэктомию, ее, конечно, нужно выполнять или делать тримодальную лучевую терапию.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Но мы все-таки говорим о ситуации, когда это альтернативный метод лечения. Вот, предположим, cT2, все хорошо, все замечательно. Можно сделать больному цистэктомию, а можно провести тримодальную лучевую терапию. Как в таких случаях выбирают сами больные? Ведь хирург такого пациента в жизни никогда не отдаст. Когда он вам его отдаст? То есть вы можете не получить того больного, у которого могли бы на самом деле получить хороший результат. Нужно спросить специалистов, которые участвуют в консилиумах. Марк Игоревич Глузман, как вы решаете этот вопрос на консилиумах?

К.м.н. Глузман М.И.: На самом деле, конечно, идеальный кандидат, как показала Екатерина Евгеньевна,— это T2N0M0, без вовлечения устья, без гидронефроза, с небольшой опухолью и возможностью выполнения условно максимального ТУР. Такие пациенты являются хорошими кандидатами одновременно и для хирургического лечения, и для тримодальной лучевой терапии.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: А как проходит обсуждение? У вас на консилиуме сидит радиотерапевт и сидит хирург-уролог. Как они «делают» этого больного, кто и как его забирает?

К.м.н. Глузман М.И.: Изначально пациенту предлагается выполнение радикальной операции. Если пациент от нее отказывается, например по причине того, что он не готов, не хочет, потому что это все-таки инвалидизирующая операция, то дальше мы уже рассматриваем его на химиолучевую терапию.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: А когда вы начали предлагать ему альтернативный метод? Вообще в других учреждениях он предлагается? Вы ведь видите: больные приходят к вам из других учреждений. Предлагают ли им альтернативный метод? Иногда же пациенту говорят: «Вот только так и больше никак. Не хотите — идите отсюда».

К.м.н. Глузман М.И.: Именно поэтому и нужен консилиум, чтобы была возможность

сразу же предложить пациенту альтернативу. У нас это происходит сразу и одновременно на консилиуме: пациента смотрят и хирурги, и радиотерапевты, и если он не подходит для хирургии, тогда рассматривается химиолучевая терапия. Например, пациенты старшей возрастной группы: у нас больные раком мочевого пузыря — это в основном 70+ лет, пожилые, часто коморбидные пациенты, у которых риск хирургических осложнений, связанных с цистэктомией, высокий. И поэтому такие пациенты тоже могут быть кандидатами на химиолучевую терапию.

К.м.н. Николаева Е.Н.: Это пациенты, которые имеют сопутствующие патологии и какие-то противопоказания к цистэктомии, то есть изначально соматически довольно отягощенные. По состоянию на сегодня, я подсчитала статистику с января 2025 г.: у нас завершили лечение 22 человека, и еще несколько человек продолжают лечиться. И на сегодняшний день из этих 22 человек одному пациенту выполнена радикальная

цистэктомия из-за развития рецидива. У всех остальных пока все хорошо.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: То есть у нас примерно первичных больных где-то около 100 человек. И если из них около 25 пациентам проводится тримодальная терапия, то это хороший процент. Больным, конечно, нужно обязательно сообщать о том, что есть два альтернативных метода. Сейчас, как мне кажется, практически во всех учреждениях города уже проводится тримодальная терапия, хотя еще года четыре назад такого широкого применения не было, и, наверное, первым учреждением был НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, потому что в рекомендациях Минздрава Российской Федерации этого не было, и радиотерапевты отказывались брать таких больных. А сейчас тримодальная терапия шире применяется как альтернатива цистэктомии у больных раком мочевого пузыря. Много больных получают тримодальную терапию в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова?

К.м.н. Самарцева Е.Е.: За последние два года более 30 человек.

ДОКЛАД

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Д.м.н., профессор И.А. Соловьев, А.И. Закиров, Р.М. Тиболов

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Актуальность. Оказание хирургической помощи онкологическим больным с осложненными формами забрюшинных и внутрибрюшинных опухолей требует четкой маршрутизации в соответствии с действующей нормативной базой (ФЗ-323, Приказ Минздрава №116н) и слаженной работы междисциплинарной команды.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения в многопрофильном стационаре за период 2021–2024 гг. Среди экстренно поступивших 4853 онкологических больных верификация диагноза на догоспитальном этапе проведена у 3008 (62%), в стационаре — у 1845 (38%). Пациенты IV клинической группы составили 68,2% (n=3309). Выполнено 1179 срочных оперативных вмешательств, из которых 533 (45,2%) были радикальными (резекции желудка, панкреатодуоденальные резекции, гемиколэктомии, резекции прямой кишки и др.), а 646 (54,8%) — паллиативными или циторедуктивными (обструктив-

ные резекции, колостомии, обходные анастомозы, дренирующие операции).

Клинические случаи. Случай № 1. Больная раком антрального отдела желудка (сT2N1M0) 71 года, получавшая неoadьювантную иммунотерапию (пембролизумаб) с достижением частичного ответа. По экстренным показаниям в связи с декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка выполнена дистальная субтотальная резекция желудка по Ру с лимфодиссекцией D2. Послеоперационный период гладкий, гистологически подтверждена резидуальная low grade аденокарцинома (урT2N0M0, стадия I).

Случай № 2. Больной 70 лет с синхронным раком ободочной кишки (печеночный изгиб и сигмовидная кишка) и осложненным течением на фоне полихимиотерапии по схеме XELOX+бевацизумаб. При поступлении с картиной распространенного перитонита и абсцесса печени на фоне перфорации опухоли выполнено многоэтапное хирургическое

лечение: правосторонняя гемиколэктомия, атипичная резекция сегментов печени, обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием стом. Окончательный патоморфологический диагноз: рак ободочной кишки pT4bN1M1 (her, per) с опухолевым регрессом TRG4 по Mandard.

Заключение. Опыт работы в условиях реорганизованной системы маршрутизации онкологических больных демонстрирует, что многопрофильный стационар, действуя в рамках междисциплинарного подхода и решений онкологического консилиума, способен оказывать высокотехнологичную хирургическую помощь при осложненных формах онкологических заболеваний. При этом возможно выполнение как радикальных, так и паллиативных вмешательств, направленных на купирование жизнеугрожающих состояний и улучшение качества жизни пациентов даже на поздних стадиях заболевания.

Вопросы и обсуждение

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: Особенно впечатлили клинические случаи. Я даже бумагу попросил, сижу, записываю себе заметки, как можно было бы исправить ситуацию. Второй случай, где пациент год лечится, и вы, не скрывая, написали, в каком учреждении мы это видим,— это ровно то, о чем мы всегда говорим у нас в учреждении. Если есть опухоль ободочной кишки, неважно, симптомная она или бессимптомная, метастатический это рак или нет, мы сразу собираем консилиум: надо оперировать, а не ждать вот такого экстренного случая. По поводу первого случая: я сначала не очень понял, это было осложнение иммунотерапии — тошнота, рвота и так далее — или все-таки проявление стеноза?

Д.м.н. Соловьев И.А.: Стеноза.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: В каком учреждении проводилось лечение пациента?

Д.м.н. Соловьев И.А.: Онкологический центр им. Н. П. Напалкова.

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: Конечно же, большая благодарность за то, что вы помогаете в экстренной хирургии. У меня есть несколько вопросов по вашему докладу. Я посмотрел: у вас очень много радикальных резекций желудка, а это больные по экстренным показаниям. Экстренный «желудок» — это, как правило, а) кровотечение, б) перфорация и в) стеноз, больше там ничего не бывает. И при каких же таких ситуациях можно

выполнить радикальную экстренную резекцию? Все-таки нет ли ощущения, что в некоторых случаях пациентам несколько «усиливают» диагноз экстренности?

Д.м.н., профессор Соловьев И.А.: Несомненно, но мы всегда смотрим: если больной поступает с профузным кровотечением, мы его стабилизируем, оперируем, иначе он все равно снова поступит с кровотечением.

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: У вас действительно есть сложность, я это прекрасно понимаю, тем более что Мариинская больница — это, для молодежи скажу, родоначальник желудочной хирургии в СССР. Там работал А. А. Русанов, и основные работы в СССР принадлежали С. С. Юдину и А. А. Русанову, поэтому вполне понятно, почему вы это делаете. Просто меня очень смутило, что, если вы говорите, что берете только осложненный онкологический контингент, как вы сами сказали, то паллиативных операций должно быть больше, чем радикальных. И поэтому здесь, на мой взгляд, нужно быть очень осторожными. Последний вопрос: вы показывали случай, когда выполняли паллиативную резекцию желудка или экстирпацию при наличии единичных очагов в печени. Что делали с этими очагами в печени — просто оставляли?

Д.м.н., профессор Соловьев И.А.: Если состояние позволяет и один-два очага, мы выполняем атипичную резекцию, то есть их удаляем. Если очаги множественные, мы уже не удаляем все, стараемся хотя бы частично их убрать, но не стремимся к полной резекции.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Скажите, пожалуйста, по поводу поджелудочной железы: честно говоря, паллиативные операции на поджелудочной меня несколько смутили. Что вы делаете и почему?

Д.м.н., профессор Соловьев И.А.: При поджелудочной железе мы проводим паллиативную резекцию тела и хвоста. Например, когда пациент поступает с распадающимся абсцессом в области тела и хвоста, с непроходимостью, когда больной, например, теряет по полтора литра желчи, и нет возможности выполнить наружное или внутреннее дренирование. Такой пациент с такими потерями жидкости не перенесет никакого комбинированного объема вмешательства. И, как я уже сказал, при отсутствии инвазии в крупные сосуды и регионарной лимфаденопатии, то есть когда не обязательно проведение неоадьювантной терапии, мы выполняем хирургическое лечение.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Вообще, на самом деле, колоссальный объем экстренной хирургии. Мы-то здесь сидим в плановом медицине и об этом не задумываемся. Что касается первого больного: для нас, онкологов, ни один онколог-хирург не стал бы удалять желудок при наличии метастазов в печени. Мы прекрасно понимаем, что циторедуктивные операции при раке желудка себя не оправдывают ни в одном случае. Единственное объяснение — это то, что у этой женщины либо не был уточнен диагноз, либо это была какая-то MSI-положительная опухоль, и тогда, может быть, пембролизумаб и назначили. Просто у вас, возможно, не было этих данных. Просто так пембролизумаб не могли назначить в качестве первой линии. Скорее всего, это была пациентка с микросателлитной нестабильностью. И тогда здесь хирургические вмешательства действительно оправданы, потому что мы видим даже регрессы на иммунотерапии, но мы точно знаем, что это больные с нарушением репарации ДНК-белков. А второй больной — это вообще отдельная проблема, потому что в мире до сих пор никто не знает, оперировать или не оперировать бессимптомную опухоль ободочной кишки. Например, в этом учреждении исторически сложилось мнение, что если опухоль бессимптомная, то даже при отдаленных метастазах, первичную опухоль не удаляют, сразу начинают химиотерапию. И долгое время доказать, что эти опухоли потом осложняются, было очень сложно. Так вот, в прошлом году мы провели трехлетний анализ работы учреждения вместе со студентами университета. Мы посчитали, сколько же больных в итоге прогрессировали с точки зрения осложнений первичной опухоли, но лечились они хирургически уже не у нас, а в Мариинской больнице, в Елизаветинской и других стационарах. У нас они получали химиотерапию с таргетной терапией, имея первичную опухоль и метастазы. Они, будучи неосложненными, получали химиотерапию, получали свои осложнения от химиотерапии, а первичная опухоль как была, так и оставалась. И вот в перерыве между курсами химиотерапии возникали осложнения со стороны первичной опухоли. Куда такие пациенты попадают? Они идут в стационары, такие как ваш. И оказалось, что 32% больных имели осложнения со стороны первичной опухоли. На самом деле, в мировом сообществе до сих пор нет окончательного ответа на этот вопрос.

Если при метастатическом колоректальном раке первичная опухоль бессимптомная, одни исследования показывают, что ее надо оперировать, другие — что можно не трогать. Но по нашим данным около 32% больных все-таки затем осложняются на фоне системной терапии и попадают к вам. А с нашей точки зрения, как вы в целом видите организацию онкологической помощи, учитывая, что онкологию, так скажем, «забрали» из экстренных стационаров?

Д.м.н., профессор Соловьев И.А.: Мое мнение, что на самом деле настоящая большая хирургия осталась только в онкологии. Все остальное забрала на себя минимально инвазивная хирургия. И в онкологии, понятно, развивается эндовидеохирургия, но традиционная хирургия никуда не денется, потому что есть больные с местно-распространенными опухолями и различными осложнениями, и хирурги все равно нужны. Мы должны поддерживать форму хирургов, их «руки».

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Тут действительно все упирается в руки. Понимаете, руками можно сделать что угодно, если умеешь. У нас хирурги сильные, они научатся так оперировать. Другой вопрос — зачем это иногда делать? Вот в чем основная проблема. У нас сколько раз уже на обществе разбирали ситуации, когда удаляют почку, а удалять ее не нужно было. В онкологическом сообществе мы показывали пример: мы почку не удаляли, провели иммунотерапию, получили полный регресс, и больной остался с почкой. А больного, которому почку удалили, уже нет на этом свете, потому что опухоль почки была осложненной. Мультидисциплинарная команда считается лучшим вариантом с точки зрения общей и безрецидивной выживаемости и так далее. Но вот эти экстренные ситуации никто не учитывает. наших онкологов тоже лишили ставок, например, кардиологов, эндокринологов и так далее, у нас в онкологии этого нет. Вас лишили онкологии. Но при этом мы все равно вместе лечим онкологических пациентов: вы — у себя, мы — у себя, вы — осложненных, мы — плановых, но тоже осложненных. В такой ситуации какой может быть выход? За рубежом подход другой. А у нас как это организовать? Я вижу, что больные «мыкаются» туда-сюда: вроде их онкологи лечат и наблюдают, а потом они приходят домой, и все — начинается пропасть. Куда их повезет скорая помощь? Хорошо, если в Мариинскую больницу, а может и не повезет, вообще не

возьмет, потому что это онкологический больной, получает химиотерапию. Кто там будет вникать, есть у него микросателлитная нестабильность или нет, благоприятный ли он пациент или нет? Вот с вашей точки зрения, как должна быть выстроена организация?

Д.м.н., профессор Соловьев И.А.: Мне кажется, что предложенная в Москве модель флагманских центров — очень хорошая идея. Это однозначно не должно реализовываться в каждом стационаре, потому что не каждый стационар готов, не везде есть подготовленные специалисты. А если сконцентрировать таких больных и специалистов в нескольких центрах? Вот у нас, например, минимум пять онкологов высшей категории, включая меня, еще ряд хирургов и так далее, которые готовы и могут этим заниматься. А есть стационары, я уверен, даже крупные, на тысячу коек, где

нет ни одного онколога, даже с первичной, пусть не ординатурной, а хотя бы курсовой подготовкой по онкологии. И поэтому, мне кажется, такая идея — очень правильная.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: В Москве это действительно правильная идея. У них нет ни центров, ни диспансеров в нашем привычном понимании. У них есть общие стационары, общехирургические, как обычно, общего профиля, но в них встроена онкологическая служба. Там есть ЦАОП, есть клиническая онкология и лекарственная терапия, есть радиотерапия. И хирурги занимаются хирургией в зависимости от локализации опухоли. В Москве шесть таких стационаров, у них нет отдельных диспансеров и городских онкоцентров. У них такой подход, и, естественно, федеральные учреждения, как и для нас, остаются главными.

ДОКЛАД С ДЕМОНСТРАЦИЕЙ

РЕДКОЕ БЫВАЕТ РЕДКО. ШВАННОМА ГОРТАНИ: КАК НЕ ОШИБИТЬСЯ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

¹В.В. Мартиросян, д.м.н., профессор ¹Э.Э. Топузов, ¹Д.А. Алексеева, д.м.н., доцент ¹С.И. Кутукова, ²П.В. Зверев

¹СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава Росси

Аннотация. В данном сообщении мы описываем клинический случай 23-летней пациентки с крайне редкой патологией — шванномой гортани. Этот случай является поучительным примером сложностей диагностики, важности междисциплинарного подхода и возможности достижения успешного результата с сохранением жизненно важных функций даже в сложной клинической ситуации.

Введение. Шваннома — доброкачественная нейрогенная опухоль, происходящая из шванновских клеток нервных оболочек. Ее локализация в гортани составляет 0,1–1,5% всех опухолей этой области. Мы расскажем о непросто пути нашей пациентки, которая столкнулась с этим диагнозом в молодом возрасте.

Цель: показать возможность и эффективность выполнения органосохраняющего хирургического вмешательства (трансоральной СО₂-лазерной резекции) как метода

радикального лечения доброкачественной шванномы гортани, позволяющего достичь онкологического результата с полным сохранением функции органа.

Клинический случай. Пациентка П., 23 лет, обратилась с жалобами на осиплость голоса и чувство инородного тела в горле, которые беспокоили ее с начала 2023 года. Длительное время симптомы оставались без четкой диагностики. Лишь через полтора года, в июле 2024 года, при осмотре ЛОР-врачом было выявлено объемное образование гортани, что стало началом сложного диагностического пути.

Материалы и методы. Пациентка прошла масштабное обследование в ведущих онкологических клиниках Санкт-Петербурга, включая КТ, МРТ и ПЭТ-КТ. Визуализация выявила крупный опухолевый инфильтрат в надголосовом отделе гортани, который

вызвал затруднение дыхания, в связи с чем пациентке в многопрофильном скоромощном стационаре была выполнена экстренная трахеостомия. Данные биопсии (12.2024): Картина злокачественной шванномы (S100+, Ki-67 15%). На основании этого в специализированном онкоучреждении была рекомендована ларингэктомия, от которой пациентка отказалась. Повторный анализ динамики снимков КТ/МРТ, ПЭТ-КТ показал неожиданную и обнадеживающую тенденцию — уменьшение размеров опухоли 25×20×18 мм (ранее 37×31×29 мм). Этот факт, наряду с видеоларингоскопической картиной объемного новообразования черпалонадгортанной складки, но с сохраненной подвижностью гортани, заставил нашу команду врачей принять смелое решение в пользу органосохраняющей операции.

23 июня 2025 г. была успешно выполнена микроэндоларингеальная трансоральная СО2-лазерная резекция опухоли. Это высокотехнологичное малоинвазивное вмешательство позволило через естественные пути, без внешних разрезов, под большим увеличением микроскопа полностью удалить опухоль, сохранив в полном объеме все функции гортани. Уникальность этого случая в том, что и при таких размерах опухолей (3,5×3 см) гортани малоинвазивная трансоральная хирургия гортани является конкурентным методом с открытыми тиреотомиями (открытыми резекциями гортани). Окончательное патоморфологическое исследование удаленного препарата внесло ясность: картина соответствовала доброкачественной шванноме с низкой митотической активностью (Ki-67=2%) и четкими границами. Это подтвердило, что выбранная органосберегающая тактика была не только смелой, но и абсолютно верной.

Выводы:

— Диагностика: шваннома гортани — это редкая доброкачественная опухоль, которая представляет диагностические и лечебные трудности. Данные инцизионной биопсии

могут быть недостаточны и привести к необратимым для жизни пациента решениям. Окончательный диагноз часто устанавливается только после тотального удаления новообразования.

— Тактика: полное хирургическое удаление — единственный эффективный метод лечения. Доступ должен быть выбран с учетом максимального сохранения функции.

— Роль мультидисциплинарной команды: совместный анализ данных хирурга, онколога, радиолога и морфолога позволил избежать неоправданно калечащей операции и выбрать верную, органосохраняющую стратегию.

— Технологии: применение трансоральной лазерной микрохирургии является методом выбора для радикального удаления таких опухолей с минимальной травматизацией и быстрым восстановлением.

Этот случай наглядно демонстрирует, что критическая оценка всех этапов диагностики (включая динамику визуализации) и готовность к пересмотру тактики играют решающую роль в судьбе пациента, особенно когда на кону стоит функция жизненно важного органа.

Вопросы и обсуждение

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: На самом деле это очень важная история. У меня был пациент с диагнозом раком гортани первой стадии, и ему удалили гортань. Этот человек был директором завода. Конечно, после операции он, естественно, потерял работу. И когда я по молодости, не подумав о том, что он не сможет мне ответить, спросила его: «А как вы себя чувствуете?», он взял листочек — у него был такой блокнот и написал фразу: «Я не хочу жить». Гортань — это очень значимый орган, который во многом нас социализирует как людей. И поэтому, прежде чем ее удалять, нужно быть совершенно уверенным. Возможно, есть шанс попытаться сохранить этот орган, и эта попытка окажет пациенту очень большую услугу и сохранит его качество жизни и возможно саму жизнь.

ДОКЛАД С ДЕМОНСТРАЦИЕЙ

ОСЛОЖНЕННАЯ ГИГАНТСКАЯ САРКОМАТОИДНАЯ КАРЦИНОМА КОЖИ ПРАВОЙ ЗАУШНОЙ ОБЛАСТИ

И.А.Герк, д.м.н., профессор Р.В.Орлова, к.м.н. И.М.Иткин, д.м.н., профессор В.Ю.Погребняков, М.И.Хрусталева

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»

Представленный на заседании клинический случай опубликован на стр. 39.

Обсуждение и вопросы

Мусатов К.Ю.: Вопрос, наверное, больше к хирургу. На ваш взгляд, потенциальная резекция R0 была возможна? Можно ли было выполнить резекцию кости черепа или нет? И возможно ли было затем выполнить пластику этого дефекта?

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: На самом деле — нет. Мы консультировались с нейрохирургами. Дело в том, что резекцию кости было невозможно выполнить, потому что это образование было полностью бактериально обсеменено. И вообще боялись, что при удалении разовьется остеомиелит. Если бы тронули кость, остеомиелит почти наверняка бы возник, и нейрохирурги тогда сказали «нет». И только наши хирурги все-таки пошли на циторедуктивное удаление опухоли, но без резекции костей черепа. Мы прекрасно понимали, что операция паллиативная. Но на фоне химио- и иммунотерапии опухоль стала очень подвижной, мягкой. Мне казалось, что ее буквально можно взять и удалить. Мы настояли, и наши хирурги не отказались. А сейчас по данным ПЭТ-КТ нет данных, свидетельствующих об опухолевом поражении, и пациент продолжает иммунотерапию: пембролизумаб раз в шесть недель, на длительном режиме. В перерывах он сейчас, например, уехал в горы. А ведь, по сути, это был очень тяжелый больной: мы всерьез рассматривали возможность его направления в хоспис. Но мы посмотрели — отдаленных метастазов нет, в регионарных лимфатических узлах тоже ничего не оказалось. Провели на первом этапе контроль химио-иммунотерапией с последующим удалением опухоли.

Мусатов К.Ю.: Очень познавательный случай в том смысле, что, на мой взгляд, тактика с момента поступления человека в стационар и далее была выбрана абсолютно идеально. Тут, что называется, никаких комментариев,

только аплодисменты. У меня такой вопрос: один цикл иммунотерапии был сделан до операции. На ваш взгляд, Иван Александрович, что внесло больший вклад в формирование этой подвижности опухоли? Мне кажется, учитывая клиническую картину и то, как опухоль быстро и бурно росла, у нее было очень обильное кровоснабжение, и селективная эмболизация — один из основных методов, который просто позволил выполнить эту операцию. Каково ваше мнение?

Герг И.А.: Мне кажется, селективная эмболизация позволила снизить риск рецидивирующего кровотечения. Конечно, поскольку опухоль была низкодифференцированной, быстро делящейся, она должна была относительно быстро начать отвечать и на системное лечение — на химию, на иммунотерапию. И, мне кажется, мы это и увидели: она начала быстро распадаться.

Мусатов К.Ю.: Могла ли иммунотерапия так быстро успеть сработать? А некроз от эмболизации мог развиваться достаточно быстро?

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: На самом деле здесь, вероятно, сработала комбинация. И, наверное, в первую очередь я соглашусь с Константином Юрьевичем, что именно эмболизация дала такой эффект. Возможно, опухоль как бы разрыхлилась, стала более «рыхлой», условно говоря. Химиотерапия может подействовать быстро, иммунотерапия иногда вообще действует молниеносно.

Эпителиальные опухоли кожи идут по двум путям развития, один из них — саркоматозный вариант, и она должна была ответить на химио-иммунотерапию, но не успела реализовать себя в полном объеме так быстро. На самом деле непонятно, что сыграло большую роль — одно, другое или все вместе, но она «осела». И то, что мы начали химио-иммунотерапию до санитарной операции, мне кажется, было правильным. Это затем не дало возможности опухоли расти после удаления, потому что оперирована она была нерадикально, это

была R1-резекция, это было очевидно. Но при R1 лучевую терапию в связи с большой раневой поверхностью провести было невозможно. А с учетом того, что уже был контроль цито-

токсической терапии — химиотерапии и иммунотерапии, начатой до операции, все вместе, на мой взгляд, и позволило получить тот результат, который мы имеем сейчас.