ISSN 2224-5057

Международный ежеквартальный научно-практический журнал по онкологии.
Журнал включен в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (2015 г.).
Основан в августе 2010 г.

№ 4, спецвыпуск 1 – 2016 (21)
Русскоязычное издание

ЖУРНАЛ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ
MALIGNANT TUMOURS

Официальный печатный орган Российского общества клинической онкологии

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
Благотворительный фонд содействия профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний «Онкопрогресс» (Фонд «Онкопрогресс»)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Бяхов М.Ю., д.м.н., профессор, ГБУЗ МКНЦ Департамента здравоохранения, г. Москва

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР
Носов Д.А., д.м.н., ФГБНУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА
Тюриков В.Г.
Руснак О.К.
Борисова Е.Н.
Хисамов А.А.

119021, Москва, а/я 1
тел. +7 499 686 02 37
+7 909 974-21-21

E-mail: info@oncoprogress.ru
www.malignanttumours.org

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

СВИДЕТЕЛЬСТВО
ПИ № ФС77-57379 от 24.03.2014 г.
Распространяется среди членов Российского общества клинической онкологии бесплатно
Редакция не несет ответственности за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах
Выходит 4 раза в год
Формат 60x84/8 (42,75 п.л.)
Тираж 3000 экз.

© Фонд «Онкопрогресс»
При перепечатке материалов цитирование журнала обязательно

ОНКО ПРОГРЕСС

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Представляем вам номер журнала «Злокачественные опухоли», который является сборником обзорных статей, тезисов и постеров по темам докладов участников XX Российского онкологического конгресса

Москва, 15-17 ноября 2016 г.

Материалы публикуются в редакции авторов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ • EDITORIAL COUNCIL

С.А. Тюляндин, д.м.н., профессор, председатель редакционного совета
Л.В. Болотина, д.м.н.
О.А. Гладков, д.м.н., профессор
В.А. Горбунова, д.м.н., профессор
Н.В. Жуков, к.м.н.
Е.Н. Имянитов, д.м.н., профессор
М.В. Копп, д.м.н., профессор
В.М. Моисеенко, д.м.н., профессор
Д.А. Носов, д.м.н.
Р.В. Орлова, д.м.н., профессор
И.В. Поддубная, д.м.н., профессор
В.В. Птушкин, д.м.н., профессор
А.Г. Румянцев, д.м.н., профессор
Д.Л. Строяковский, к.м.н.
И.В. Тимофеев, к.м.н.
И.Е. Хатьков, д.м.н., профессор

S.A. Tjulandin, MD, PhD, DSc, Professor, Chairman of Editorial Board
I.M. Bolotina, MD, PhD, DSc
O.A. Gladkov, MD, PhD, DSc, Professor
V.A. Gorbounova, MD, PhD, DSc, Professor
N.V. Zhukov, MD, PhD
E.N. Imyanitov, MD, PhD, DSc, Professor
M.V. Kopp, MD, PhD, DSc, Professor
V.M. Moiseyenko, MD, PhD, DSc, Professor
D.A. Nosov, MD, PhD, DSc
R.V. Orlova, MD, PhD, DSc, Professor
I.V. Poddubnaya, MD, PhD, DSc, Professor
V.V. Ptushkin, MD, PhD, DSc, Professor
A.G. Rumyantsev, MD, PhD, DSc, Professor
D.L. Stroyakovskiy, MD, PhD
I.V. Timofeev, MD, PhD
I.E. Khatkov, MD, PhD, DSc, Professor

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ • EDITORIAL BOARD

Н.С. Бесова, к.м.н.
В.В. Бредер, к.м.н.
Н.В. Деньгина, к.м.н.
М.Г. Ефанов, д.м.н.
В.Г. Иванов, к.м.н.
Р.Е. Израилов, д.м.н., профессор
Л.М. Когония, д.м.н., профессор
А.Э. Протасова, д.м.н, профессор
Г.А. Раскин, к.м.н.
Д.Л. Ротин, д.м.н.
И.В. Рыков, к.м.н.
А.В. Снеговой, к.м.н.
К.В. Шишин, д.м.н.

N.S. Besova, MD, PhD
V.V. Breder, MD, PhD
N.V. Dengina, MD, PhD
M.G. Efanov, MD, PhD, DSc
V.G. Ivanov, MD, PhD
R.E. Izrailov, MD, PhD, DSc, Professor
L.M. Kogoniya, MD, PhD, DSc, Professor
A.E. Protasova, MD, PhD, DSc, Professor
G.A. Raskin, MD, PhD
D.L. Rotin, MD, PhD, DSc
I.V. Rykov, MD, PhD
A.V. Snegovoj, MD, PhD
K.V. Shishin, MD, PhD, DSc

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ И ИХ БЛИЗКИМ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ
Костина Н.И., Кропачева О.С. 59

СКРИНИНГОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Огнерубов Н.А., Милованов В.В., Иванников А.А.,Чанг В.Л., Коробова И.И., Белоусова Е.В. 64

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ИЛИ ОБЛУЧЕНИЕ ВСЕГО ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ (>3 ОЧАГОВ) МЕТАСТАЗАХ: С ЧЕГО НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ?
Насхлеташвили Д.Р., Горбунова В.А., Бекяшев А.Х., Демидов Л.В., Харкевич Г.Ю., Банов С.М., Самойленко И.В., Барышников К.А., Орлова К.В., Утяшев И.А., Петенко Н.В., Маркина И.Г., Москвина Е.А., Медведев С.В. 67

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С РАДИОХИРУРГИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ
Банов С.М., Смолин А.В., Насхлеташвили Д.Р., Бекяшев А.Х., Голанов А.В., Ветлова Е.Р. 74

КОЛОКАНЦЕРОГЕНЕЗ: ОНКОИММУНОЛОГИЯ ЛОКАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
Никипелова Е.А., Кит О.И., Шапошников А.В., Златник Е.Ю., Новикова И.А. 81

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ АНТИ –EGFR МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА
Владимирова Л.Ю., Абрамова Н.А., Сторожакова А.Э. 87

ЭВОЛЮЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ
Нечушкина В.М., Мохов К.Ю., Кузнецов В.В. 92

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ: СОГЛАШЕНИЯ О РАЗДЕЛЕНИИ РИСКОВ
Мельникова Л.С., Федяев Д.В., Герасимова К.В. 99

ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ И БЕЗОПАСНОСТЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
Залит Н.Н. 103

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ
И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
Агабекян Г.О., Азизян Р.И., Стельмах Д.К. 104

БРАХИТЕРАПИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПИЩЕВОДА, КАК КОМПОНЕНТ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ: ПРЕИМУЩЕСТВА И РИСКИ
Литвинов Р.П., Черных М.В., Нечушкин М.И., Гладилина И.А., Козлов О.В. 109

ПАЛЛИАТИВНАЯ НЕФРЭКТОМИЯ: ВСЕ ЛИ БОЛЬНЫЕ НУЖДАЮТСЯ В ОПЕРАЦИИ?
Волкова М.И., Климов А.В., Черняев В.А. 115

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ЧЕГО МЫ ДОБИЛИСЬ ЗА 20 ЛЕТ И КУДА ИДЕМ?
Давыдов М.И. ,Матвеев В.Б., Волкова М.И., Черняев В.А., Романов В.А., Калинин С.А., Комаров М.И. 119

ЭФФЕКТИВНЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ – КЛЮЧ К ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ И ЭФФЕКТА ЛЕЧЕНИЯ
Медведева Б.М., Романова К.А. 125

ТЕЗИСЫ 128

ПОСТЕРЫ 242

ТЕЗИСЫ

СОДЕРЖАНИЕ

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 129
ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ 137
ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА 147
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ . . . 160
СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ОНКОПСИХОЛОГИЯ 169
РАК ЛЕГКОГО 170
НЕЙРООНКОЛОГИЯ 172
ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ 173
САРКОМЫ 180
ОНКОУРОЛОГИЯ 183
ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ 187
ОНКОГЕНЕТИКА И ПАТАНАТОМИЯ 202
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ 210
ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ 213
ОНКОГЕМАТОЛОГИЯ 218
МЕЛАНОМА И ОПУХОЛИ КОЖИ 221
ОНКОХИРУРГИЯ 226

НЕЙРООНКОЛОГИЯ

Производные оксида азота у больных с одиночными и множественными метастазами в головной мозг

Горошинская И.А., Нескубина И.В., Шалашная Е.В., Сурикова Е.И., Качесова П.С., Немашкалова Л.А., Росторгуев Э.Е.
Место работы: *ФГБУ РНИОИ Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону*
e-mail: *neskubina.irina@mail.ru*

Цель. Изучить содержание производных оксида азота в крови больных с одиночными и множественными метастазами в головной мозг.

Материалы и методы. Производные оксида азота в плазме крови определяли спектрометрическим методом при следующих длинах волн: пероксинитрит – 302 нм, нитрозилгемоглобин – 2 пика при 418 нм и 545 нм, нитрозоглутатион – 338 нм, нитротирозин 438 нм.

Результаты. Представлены результаты исследования производных оксида азота (пероксинитрит, нитрозилгемоглобин, нитрозоглутатион, нитрозотирозин) у 33 больных с множественными и одиночными метастазами в головной мозг. Все больные имели IV стадию заболевания с различной локализацией первичного очага. Полученные данные были распределены в зависимости от количества метастазов в головной мозг: 20 больных – с одиночными метастазами, 13 больных – с множественными метастазами.

При исследовании уровня пероксинитрита было выявлено его повышение у всех больных с церебральными метастазами. В группе больных с одиночными метастазами в головной мозг значения данного показателя были на 37% выше нормы, а у больных с множественными метастазами на 112%. При этом уровень пероксинитрита в группе больных с множественными метастазами на 55% выше, чем в группе больных с одиночными метастазами.

Содержание нитрозилгемоглобина в группе больных с одиночным метастазом в головной мозг по двум пикам (418 нм и 545 нм) находилось в пределах нормальных величин. У больных с множественными метастазами оба пика нитрозилгемоглобина превышали как норму (на 83,5% и 73,7%), так и значения у больных с одиночным метастазом в головной мозг (на 124,7% и 53,6%).

Увеличение уровня NO-глутатиона характерно только для больных с множественными метастазами, по сравнению с донорскими величинами на 51,1% и на 31% относительно значений в группе больных с одиночными метастазами. Изменения содержания NO-тирозина в обеих группах больных носили не достоверный характер.

Заключение. Таким образом, содержание пероксинитрита, нитрозилгемоглобина и NO-глутатиона нарастает по мере увеличения метастатического поражения головного мозга. Выявленное увеличение производных оксида азота может обуславливаться гипоксией головного мозга, связанной с замещением здоровой ткани опухолевой.

Мультимодальный подход к лечению: интраоперационная лучевая терапия глиальных опухолей

Князев С.М.[1], Екимов А.А.[1], Асеев Н.И.[1], Вальков М.Ю.[2]
Место работы: *[1]ОКБ ХМАО Югры Окружной онкологический центр г. Ханты-Мансийск; [2]ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск*
e-mail: *sergey28.76@mail.ru*

Задачи исследования. Оценка эффективности интраоперационной лучевой терапии на аппарате INTRABEAM.

Цель. Оценка непосредственных результатов лечения.

Материалы и методы. На сегодняшний день принятая методика лечения глиобластомы является оперативное лечение(желательно в максимальном объеме), далее химиолучевая терапия. Средняя продолжительность жизни составляет менее 6–8 месяцев, без лечения.

Возможность проведения интраоперационной лучевой терапии на аппарате INTRABEAM, в нашем центре появилась в 2016 г.Это инновационная мобильная методика, позволяющая проводить концентрированное и точно сфокусированное облучение в области операционного поля, применение изотропного низкоэнергетических (кВ) рентгеновских лучей, поставляемых сферических аппликаторов, обеспечивая оптимальные свойства облучения в резекция полости. INTRABEAM применяется непосредственно во время операции, уничтожая оставшиеся опухолевые клетки, сразу же после удаления основной опухолевой массы. Непосредственно после удаления опухоли и гистологического подтвержения, в полость устанавливался сферический аппликатор, далее проводился физический расчет и предписание дозы 14 Гр на 2 мм от края резекции. Сеанс облучения занимал 20–30 минут. Через 2–3 недели после операции проводилась конформная лучевая терапия, планирование по МРТ Т 1 и Т 2, CTV с отступом 1,5 см от края резекции и химиотерапия Темодал 75 мг/м^2.

С июня по сентябрь 2016 г, проведено лечение двум пациентам. Объем удаления опухоли 95–98%.МРТ контроль через 4 недели после лечения без признаком наличия опухоли.

Результат: МРТ контроль через 4 недели после лечения без признаком наличия опухоли. Пациенты живы. Неврологического дефецита не наблюдается.

Выводы. Необходимо более длительное время наблюдения для оценки результатов лечения.

Лечение больных с метастазами рака почки в головной мозг

Куржупов М.И., Зайцев А.М., Потапова Е.А., Кирсанова О.Н.
Место работы: *МНИОИ им. П.А.Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, г. Москва*
e-mail: *kmim@mail.ru*

Введение. Частота встречаемости метастазов (МТС) в головном мозге у больных почечноклеточным раком (ПКР) варьирует от 2 до 17%. МТС в головном мозге всегда ассоциируются с плохим прогнозом. Лекарственное лечение в изолированном варианте в данном случае неэффективно.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты лечения больных с МТС в головном мозге, выявить факторы, влияющие на выживаемость этих больных.

Материалы и методы. В исследование включили 45 больных ПКР с МТС в головной мозг, которым выполнили микрохирургическое удаление МТС в период 2009–2015 гг. Средний возраст составил 57,2 ± 8,3 года (42–77 лет). Субтенториальную локализацию МТС выявили у 10 (22,2%) больных, у 35 (77,8%) пациентов были поражены полушария большого мозга. Экстракраниальные МТС выявили у 29 (64,4%) пациента, наиболее часто диагностировали МТС в легкие и кости. У 14 (31,1%) больных выявили более одного и у 2 (4,4%) пациента – 9–10 внутричерепных очагов.

Результаты. Медиана времени наблюдения составила 17 (1–96) месяцев. Послеоперационный период в 1 случае (2,2%) осложнился острой гематомой ложа удаленной опухоли, гемотампонадой желудочков, что, после серии реопераций стало причиной смерти больной. В послеоперационном периоде таргетную терапию получили 26 (57,7%) пациентов, облучение всего головного мозга или стереотаксическую радиохирургию провели 7 (17%) больным, под динамическим наблюдением находились 10 (22,2%) пациентов. За время