

Участники III конгресса с международным участием «Опухоли головы и шеи»

№ 2 • 2009

ОНКОХИРУРГИЯ ONCOSURGERY

- III КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ»
- III INTERNATIONAL CONGRESS
«TUMOURS OF THE HEAD AND NECK»



СОЧИ
МАЙ – 2009



Издательство
«Инфомедиа Паблишерз»

ONCOSURGERY

issue 2008

ОНКОХИРУРГИЯ

издается с 2008 года

УЧРЕДИТЕЛИ:

- Ассоциация онкологов России
- ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»
- Фонд паллиативной помощи и реабилитации больных
- Российская ассоциация терапевтических радиационных онкологов

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

В.И. Чиссов Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор

ЗАМГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

И.В. Решетов Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
В.А. Кубышкин Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор

РЕДКОЛЛЕГИЯ:

М.Д. Алиев Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор
Ю.Ю. Андреева кандидат медицинских наук
Б.А. Бердов доктор медицинских наук, профессор
А.В. Бутенко доктор медицинских наук, профессор
Л.З. Вельшер доктор медицинских наук, профессор
Н.Н. Волченко доктор медицинских наук, профессор
Д.А. Гранов доктор медицинских наук, профессор
В.Ф. Касаткин Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
Е.П. Куликов доктор медицинских наук, профессор
О.В. Пикин (секретарь) доктор медицинских наук
В.А. Порханов доктор медицинских наук, профессор
А.Ф. Романчишен доктор медицинских наук, профессор
Ю.С. Сидоренко Академик РАМН, РАН, доктор медицинских наук, профессор
В.В. Скоропад доктор медицинских наук
И.С. Стилиди Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
А.В. Фёдоров доктор медицинских наук, профессор
В.П. Харченко Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор
В.А. Черкаев доктор медицинских наук, профессор
Е.Ц. Чойзонзов Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
А.А. Шелеско (секретарь) кандидат медицинских наук
Ю.А. Шелыгин доктор медицинских наук, профессор
А.В. Чжао доктор медицинских наук, профессор

РЕДСОВЕТ:

А.А. Вишнеvский д.м.н., профессор
Г.И. Воробьев Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор
В.В. Дворниченко доктор медицинских наук, профессор
А.Г. Зирин доктор медицинских наук,
А.Н. Коновалов Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор
Н.О. Миланов Академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор
В.М. Моисеенко доктор медицинских наук, профессор
Г.А. Новиков доктор медицинских наук, профессор
О.А. Орлов доктор медицинских наук, профессор
Н.А. Осипова доктор медицинских наук, профессор
И.Г. Русаков доктор медицинских наук, профессор
С.А. Седых доктор медицинских наук, профессор
В.Ф. Семиглазов Член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор
А.В. Черниченко доктор медицинских наук, профессор

ИНОСТРАННЫЕ ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

V. Anikin Великобритания
M. Auersperg Словения
G. dosSantos Португалия
N.O. Higgins Ирландия
I. Kott Израиль
M. Moraes Бразилия
D.L. Morton США
V. Parisi Италия
M. Ramli Индонезия
F. Rochard Франция
J. Shah, США
H. Shukla Индия
K.V. Smitten Финляндия
M.G. Smola Австрия
W. Temple Канада
Бондарь Г.В. Украина
Залуцкий И.В. Белоруссия

FOUNDERS:

- Oncologists Association of Russia
- Moscow Gertsen Cancer Research Institute
- Fund of Rehabilitation Palliative Medicine
- Association of Therapeutic Radiation Oncologists of Russia

EDITOR-IN-CHIEF:

V. Chissov Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor

DEPUTY OF THE EDITOR-IN-CHIEF:

I. Reshetov Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor
Y. Kubyshekin

EDITORIAL STAFF:

M.D. Aliev Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
Y.Y. Andreeva candidate of medical sciences
B.A. Berdov doctor of medical sciences, professor
A.V. Butenko doctor of medical sciences, professor
L.Z. Velsher doctor of medical sciences, professor
N.N. Volchenko doctor of medical sciences, professor
D.A. Granov doctor of medical sciences, professor
V.F. Kasatkin Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor
E.P. Kulikov doctor of medical sciences, professor
O.V. Pikin doctor of medical sciences
V.A. Porkhanov doctor of medical sciences, professor
A.F. Romanchishen doctor of medical sciences, professor
Y.S. Sidorenko Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
V.V. Skoropad doctor of medical sciences
I.S. Stilidi Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor
A.V. Fedorov doctor of medical sciences, professor
V.P. Kharchenko Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
V.A. Cherekaev doctor of medical sciences, professor
E.C. Choinzonov Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor
A.A. Shelesko candidate of medical sciences
Y.A. Shelygin doctor of medical sciences, professor
A.V. Chzhao doctor of medical sciences, professor

EDITORIAL BOARD:

A.A. Vishnevsky doctor of medical sciences, professor
G.I. Vorobiev Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
V.V. Dvornichenko doctor of medical sciences
A.G. Zirin doctor of medical sciences
A.N. Konovalov Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
N.O. Milanov Academician of RAMS, doctor of medical sciences, professor
V.M. Moiseenko doctor of medical sciences, professor
G.A. Novikov doctor of medical sciences, professor
O.A. Orlov doctor of medical sciences, professor
N.A. Osipova doctor of medical sciences, professor
I.G. Rusakov doctor of medical sciences, professor
S.A. Sedykh doctor of medical sciences, professor
V.F. Semiglazov Corresponding member of RAMS, doctor of medical sciences, professor
A.V. Chernichenko doctor of medical sciences, professor

MEMBERS OF THE EDITORIAL STAFF:

V. Anikin UK
M. Auersperg Slovenia
G. dosSantos Portugal
N.O. Higgins Ireland
I. Kott Israel
M. Moraes Brazil
D.L. Morton USA
V. Parisi Italy
M. Ramli Indonesia
F. Rochard France
J. Shah, USA
H. Shukla India
K.V. Smitten Finland
M.G. Smola Austria
W. Temple Canada
G. Bondar Ukraine
I. Zalutsky Byelorussia



ПРОБЛЕМЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Лечебный процесс пациентов с опухолями головы и шеи, включая хирургическое лечение, отражает взаимосвязь и взаимодействие конкретного врача и конкретного больного до его выписки из лечебного учреждения. А далее эта конкретная взаимосвязь, как правило, исчезает. А проблемы восстановления здоровья, реабилитации, адаптации больного, ставшего практически инвалидом, в социум, мониторинга динамики его состояния, социальной поддержки остаются его личными проблемами. Теряется та спасительная взаимосвязь, которая помогла ему преодолеть острый период болезни.

И положение дела не спасает существующая форма наблюдения пациента у врача-онколога территориальной поликлиники, к которой прикреплен пациент по месту жительства в силу высокой специализации настоящей патологии и методов её лечения.

Учитывая масштабность проблемы, это привело нас к осознанию необходимости организации **Всероссийской общественной организации – «Общества помощи пациентам с опухолями головы и шеи»**, потому что в этой патологии наиболее тяжёлые медицинские и социальные последствия – инвалидность, осложнения мозговой деятельности, потери внешнего вида, естественной речи и пр.

Организации, которая ставит перед собой понятные медико-социальные цели: восстановление здоровья и качества жизни этих людей, активного вовлечения их в общественную жизнь и трудовой процесс, защиту их прав и привлечение государственных органов медицинской и социальной направленности к этой проблеме и её решению – улучшения средств медицинского и технического обеспечения скорейшей реабилитации больных с опухолями головы и шеи.

К нашему глубочайшему сожалению, в настоящее время отсутствуют специальные государственные программы и организационные структуры, способные осуществлять ведение и комплексную реабилитацию пациентов после проведения высокотехнологического, комплексного, комбинированного или самостоятельного противоопухолевого лечения.

Организация **«Общество помощи пациентам с опухолями головы и шеи»** исходит из того, что её членам должна быть предоставлена:

1. Консультативная помощь силами профильных специалистов онкологических медицинских организаций федерального, регионального и муниципального уровней.
2. Косметическо-восстановительное протезирование в ведущих российских клиниках и центрах.
3. До и после – операционное наблюдение специалистами и организациями, отмеченными в п.1.
4. Курортно-санаторное лечение в учреждениях, подведомственных Минздравсоцразвитию РФ.
5. Социальная поддержка средствами протезирования.

Названные меры могли бы стать реальным действенным вкладом в укрепление здоровья россиян при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Российской Федерации.

Общественная организация **«Общество помощи пациентам с опухолями головы и шеи»** является некоммерческой организацией и может создавать в установленном законом порядке региональные и местные организации, а также свои представительства и филиалы. Планируется развитие и расширение взаимодействия с заинтересованными государственными и негосударственными органами и организациями по вопросам, связанным с решением её базовой Проблемы, сотрудничества с зарубежными организациями, сходными по целям деятельности.

Членами Организации могут быть граждане Российской Федерации, достигшие 18 лет, пациенты с опухолями головы и шеи, их законные представители, а также иностранные граждане и лица без гражданства наравне с российскими гражданами. Членство в Организации является сугубо добровольным.

В настоящее время Организация включает представителей более 45 регионов страны.

Для координации действий с различными государственными и общественными организациями создан Наблюдательный Совет Организации, состоящий из известных учёных в области лечения опухолей головы и шеи.

Финансирование Организации осуществляется из источников: добровольных взносов и пожертвований, вступительных и членских взносов.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ

REHABILITATION OF IRRADIATED TISSUES ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОБЛУЧЕННЫХ ТКАНЕЙ <i>J. Dolivet</i>	9
---	---

LONG TERM RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH TUMORS INVOLVING THE SKULL BASE ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА <i>Jatin P. Shah</i>	11
---	----

ROLE OF SURGERY AND THE SURGEON IN MULTIDISCIPLINARY TREATMENT OF HEAD AND NECK TUMORS РОЛЬ ХИРУРГИИ И ХИРУРГА В МНОГОКОМПОНЕНТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Jatin P. Shah,</i>	12
--	----

RISK ADAPTED STRATEGY FOR SURGICAL AND ADJUVANT TREATMENT OF CANCER OF THE THYROID GLAND РИСК ОБЩЕПРИНЯТОЙ СТРАТЕГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И АДЬЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Jatin P. Shah</i>	13
--	----

ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ОПЫТ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ В УСЛОВИЯХ КРАСНОДАРСКОГО КРАЕВОГО ОНКОДИСПАНСЕРА <i>Гащенко А.Д.</i>	14
--	----

К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ <i>Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М.</i>	14
---	----

РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ГОРТАНИ С ПОМОЩЬЮ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ <i>Крехно О.П., Фролов А.С.</i>	14
--	----

ДИАГНОСТИКА

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА «ФОНЕ» МНОГООУЗЛОВОГО ЗОБА <i>Белобородов В.А., Олифирова О.С., Чупрова О.В., Шабанова Т.Г., Печерица В.И.</i>	16
---	----

ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Быстрова Н.Ю., Фролова И.Г., Чойнзонов Е.Л., Быстров С.В.</i>	16
---	----

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Быстрова Н.Ю., Фролова И.Г., Чойнзонов Е.Л., Быстров С.В.</i>	16
--	----

ОПЫТ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Вельшер Л.З., Решетов Д.Н., Стаханов М.П., Цалко С.Э., Мазурова М.П.</i>	17
--	----

РАДИОНУКЛИДНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ <i>Зельчан Р.В., Синилкин И.Г., Тицкая А.А., Чижовская С.Ю., Чернов В.И., Чойнзонов Е.Л.</i>	17
---	----

ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПАПИЛЛЯРНОМУ И ФОЛЛИКУЛЯРНОМУ РАКУ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Казубская Т.П.</i>	17
--	----

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРТАНИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА <i>Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М., Муляреца М.В.</i>	18
---	----

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ. <i>Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М., Юдин А.Л., Кушхов О.А.-К.</i>	18
--	----

НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ – ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ (ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ) <i>Махсон А.Н., Брандт Н.Б., Новожилова Е.Н., Баранов А.Н., Новожилов М.В., Миронова Г.А., Скориков М.В.</i>	18
--	----

ДИАГНОСТИКА РАКА ГОРТАНИ ПРИ ПОМОЩИ СКТ И ОЗКТ <i>Новикова П.В., Фролова И.Г., Чойнзонов Е.Л., Чижовская С.Ю., Синилкин И.Г.</i>	19
---	----

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СОСУДОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. В АСПЕКТЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ <i>Степанов С.О., Ратушная В.В.</i>	19
---	----

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОРТАНИ <i>Панкова О.В., Черемисина О.В., Перельмутер В.М.</i>	20
--	----

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СЕМИОТИКИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ ОРБИТЫ <i>Панова И.Е., Павленко Е.С., Зотова А.С., Важенина Д.А.</i>	20
--	----

ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЯДА СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕАССОЦИИРОВАННЫХ МАРКЕРОВ (ОМ), ЦИТОКИНОВ И ИХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ НАЗО-ОРО-ФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ (ПРНОФЗ) <i>Парилова Н.К., Маршуткина Н.В., Сергеева Н.С., Солохина М.П., Зенкина Е.В., Решетов И.В.</i>	20
--	----

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ <i>Яковец Ю.И., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Остапенко Ю.В., Темниченко Д.П., Дьячков О.Н.</i>	21
--	----

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАДИОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ГОРТАНИ <i>Андреев В.Г., Панкратов В.А., Гулидов И.А., Рожнов В.А., Барышев В.В., Вдовина С.Н., Буякова М.Е.</i>	22
--	----

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНОГЛОТКИ <i>Болотина Л.В., Кравцов С.А., Корнищук А.Л.</i>	22
---	----

ЛОКАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ «ЦИСПЛАТЕЛОМ» ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Бычковский П.М., Ваккер А.В., Юркштович Т.Л., Беляев С.А.</i>	22
---	----

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЧЕТАННОЙ ФОТОННО-НЕЙТРОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ В УРАЛЬСКОМ НЕЙТРОННОМ ЦЕНТРЕ <i>Важенин А.В., Мокичев Г.В., Лукина Е.Ю., Мунасилов З.З., Кузнецова А.И.</i>	23
---	----

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И РОТОГЛОТКИ <i>Важенин А.В., Шарабура Т.М., Гладков О.А., Лукина Е.Ю., Сычев В.И.</i>	23
--	----

АНАЛИЗ МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА РОТОВОГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ <i>Готов С.С., Вихлянов И.В., Голубцов В.Т., Гликенфрeid Г.М., Матвиенко К.Н., Самсонова О.А., Зоркина Ю.Н., Артамонова А.В.</i>	24
---	----

КОМБИНИРОВАННОЕ И ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ С ПРИМЕНЕНИЕМ БЫСТРЫХ НЕЙТРОНОВ 6,3 МЭВ <i>Грибова О.В., Мусабаева Л.И., Чойнзонов Е.Л.</i>	24
--	----

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОМИЕЛОХИМИОТЕРАПИИ В ХИМИОЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА НОСОГЛОТКИ <i>Джабаров Ф.Р., Розенко Л.Я., Колычева Е.В.</i>	24
---	----

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Ковальчук В.Н., Гуля Б.М., Лучкив В.И., Мищеряков И.В., Шевченко Ю.С., Степаненко А.В., Потопалянский А.И., Потопалянская Ю.А.</i>	25
---	----

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО (ХИМИО-ЛУЧЕВОГО) ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ НОСОГЛОТКИ <i>Копычев Ю.Е., Серяков А.П., Завьялов М.С., Сукирко В.А.</i>	25
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ КОЖИ ГОЛОВЫ <i>Петровский В.Ю., Титова В.А.</i>	26
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛИ ПАНКРЕАТА – ЗАДАЧА КООПЕРИРОВАННЫХ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ <i>Лукин А.А., Важенин А.В., Фокин А.А., Миронченко М.Н., Лукина Е.Ю.</i>	26
ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ГЛОТКИ III-IV СТАДИИ <i>Масленникова А.В., Лазарева В.А., Герасимова А.В.</i>	26
ПЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ ХОРИОИДЕИ T1-2NOMO С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В-ОПТАЛЬНОАППЛИКАТОРОВ С ИЗОТОПАМИ ¹⁰⁶ Ru+ ¹⁰⁶ Rh <i>Науменко Л.В., Прудыус И. С., Белякова Н.И.</i>	27
ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОМОДИФИКАТОРОВ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ <i>Поляков П.Ю., Быченков О.А., Рогаткин Д.А.</i>	27
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРФТОРАНА В КАЧЕСТВЕ РАДИОСЕНСИБИЛИЗАТОРА <i>Поляков П.Ю., Быченков О.А., Рогаткин Д.А.</i>	27
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ОПУХОЛИ <i>Поляков П.Ю., Быченков О.А., Рогаткин Д.А., Гуревич Л.Е.</i>	28
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ T2-3NOMO С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОМОДИФИКАТОРОВ <i>Поляков П.Ю., Быченков О.А., Рогаткин Д.А., Олтаржевская Н.Д.</i>	28
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛИОБЛАСТОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Балканов А.С., Поляков П.Ю.</i>	28
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯЗЫКА <i>Светицкий П.В., Ганиев А.А.</i>	29
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ <i>Сдвижков А.М., Борисов В.И., Кожанов Л.Г., Финкельштерн М.Р., Солдатов И.В., Зинкин А.Г.</i>	29
ОДНОВРЕМЕННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ <i>Семин Д.Ю., Медведев В.С., Мардынский Ю.С., Гулидов И.А., Исаев П.А., Раджапова М.У., Дербугуев Д.Н., Польшин В.В.</i>	29
КРИОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ, НЕ ИЗЛЕЧЕННОГО ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ <i>Топорова Н.И.</i>	30
ВОЗМОЖНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ <i>Чижевская С.Ю., Чойнзонов Е.Л.</i>	30
ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ <i>Шишкин Д.А., Чойнзонов Е.Л., Шаталова В.А., Осинев И.К.</i>	31
СИСТЕМНЫЙ КОМПОНЕНТ В ФОРМИРОВАНИИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛУЧЕВОГО И ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО РАКА <i>Шутко А.Н., Корытова Л.И., Сокурченко В.П., Екимова Л.П.</i>	31

НЕЙРООНКОЛОГИЯ

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НА УРОВНЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>Гуща А.О., Шевелев И.Н., Шкарубо А.Н., Арестов С.О., Тиссен Т.П.</i>	32
--	----

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ <i>Зайцев А.М., Шелеско А.А.</i>	32
ВОЗМОЖНОСТИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РАДИОХИРУРГИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Ильялов С.Р., Голанов А.В., Костюченко В.В., Потапов А.А., Лошаков В.А., Зотова М.В., Пронин И.Н., Долгушин М.Б.</i>	32
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ПОГМ) НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ <i>Ковалев Г.И., Музлаев Г.Г., Мальков И.В., Порханов В.А.</i>	33
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ НЕЙРООНКОЛОГИИ. ВЗГЛЯД НЕЙРОХИРУРГА <i>Кушель Ю.В.</i>	34
МУЛЬТИФОРМНОЙ ГЛИОБЛАСТОМЫ <i>Осинов И.К., Нечитайло М.Н., Мусабаева Л.И.</i>	34
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПРИМЕНЕНИЕМ БРАХИТЕРАПИИ С ВЫСОКОЙ МОЩНОСТЬЮ ДОЗЫ <i>Ошарин В.В., Залуцкий И.В., Шанько Ю.Г., Жуковец А.Г., Минайло И.И., Синайко В.В., Фурманчук Л.А.</i>	34
СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ <i>Чиссов В.И., Решетов И.В., Зайцев А.М., Шелеско А.А.</i>	34

ОРГАНИЗАЦИЯ

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ <i>Барышев А.Г.</i>	36
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ (1991-2007 ГГ.) <i>Вейликин И. В., Ваккер А.В., Зубец О.И.</i>	37
РАДИОИОДТЕРАПИЯ В СТАНДАРТАХ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: НУЖНА ЛИ ОНА НАМ? <i>Гарбузов П.И.</i>	37
ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ <i>Гащенко А.Д., Тесленко Л.Г.</i>	37
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГУБЫ, РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГЛОТКИ И СМЕРТНОСТЬ ОТ НИХ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ <i>Грищенко С.В., Нагорный И.М., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Темниченко Д.П., Чистякова Л.В., Дьячков О.Н., Паска Е.П.</i>	38
ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В СТРУКТУРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Назарочкин Ю.В.</i>	38
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ РАДИОИОДТЕРАПИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОССИИ. НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА <i>Родичев А.А., Крылов В.В., Дроздовский Б.Я., Гарбузов П.И.</i>	39
ВЫДЕРЖКИ ИЗ НАЧАЛА ИСТОРИИ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЕВРОПЕ И США (КОНЕЦ 18 – НАЧАЛО 20 ВЕКОВ) <i>Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А.</i>	39
НАБЛЮДАЕМАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОРТАНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Тесленко Л.Г.</i>	40

ПОЛОСТЬ РТА, ГОРТАНЬ, ГЛОТКА

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА <i>Абдурахимов О.Н.</i>	41
КОМБИНИРОВАННО-РАСШИРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА <i>Абдурахимов О.Н.</i>	41

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОРТАНИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВОДА <i>Барышев А.Г., Гащенко А.Д.</i>	41
ВИДЕАССИСТИРОВАННАЯ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ С ТЕРМОАБЛАЦИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНИ <i>Голубцов А.К., Решетов И.В., Севрюков Ф.Е.</i>	42
ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГЛОТКИ И ГУБЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ <i>Грищенко С.В., Нагорный И.М., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Темниченко Д.П., Чистякова Л.В., Дьячков О.Н., Паска Е.П.</i>	42
НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕЗЕКЦИЙ ГОРТАНИ С ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ <i>Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М., Романова Е.С.</i>	42
ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ И ЛАРИНГЭКТОМИИ <i>Кожанов Л.Г., Соколов В.В., Сдвижков А.М., Елисеев Г.В.</i>	43
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИПЕРТЕРМИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯЗЫКА <i>Маторин О.В., Корицкий А.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е., Бобров А.А.</i>	43
ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ <i>Мухамедов М.Р., Черемисина О.В., Уразова Л.Н., Панкова О.В., Кульбакин Д.Е.</i>	43
ОСОБЕННОСТИ МИОТОМИИ КОНСТРИКТОРОВ ГЛОТКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И ОТСРОЧЕННОМ ГОЛОСОВОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ. <i>Новожилова Е.Н.</i>	44
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ РАКЕ ГОРТАНИ <i>Письменный В.И.</i>	44
ПОКАЗАНИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ФАРИНГОЗООФАГОСТОМИИ <i>Письменный В.И.</i>	44
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА <i>Письменный В.И., Архипов В.Д., Кривошеков Е.П., Письменный И.В.</i>	45
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В САМОСТОЯТЕЛЬНОМ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА <i>Полькин В.В., Медведев В.С., Каплан М.А., Капинус В.Н., Семин Д.Ю., Спиченкова И.С.</i>	45
ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ НЕМЕЛОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО (НМРЛ) С ИНВАЗИЕЙ В ВЕРХНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ (ВПВ) <i>Порханов В.А., Сельващук А.П., Поляков И.С., Кононенко В.Б., Коваленко А.Л., Нарыжный Н.В., Данилов О.В.</i>	45
КОМБИНИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ СРЕДОСТЕНИЯ <i>Порханов В.А., Кононенко В.Б., Любавин А.Н., Коваленко А.Л., Нарыжный Н.В., Поляков И.С.,</i>	46
МЕЛАНОМА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, ПОЛОСТИ НОСА <i>Решетов И.В., Маторин О.В., Арутюнян Л.С., Корицкий А.В.</i>	46
ОПЫТ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕПЕЧКОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ <i>Синицын Ю.И., Шинкарев С.А., Кореньев А.С., Подольский В.Н.</i>	46
ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПРЕДРАКЕ И РАКЕ ГОРТАНИ <i>Соколов В.В., Чиссов В.И., Решетов И.В., Телегина Л.В., Гладышев А.А., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е.</i>	47
СТИМУЛЯЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПОЛИОКСИДОНИЕМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ <i>Трофимов Е.И., Копченко О.О., Фуки Е.М., Мустафаев Д.М.</i>	48

ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ <i>Чердынцева Е.А., Новиков В.А., Чернов В.И., Синилкин И.Г., Черемисина О.В., Чижовская С.Ю.</i>	48
ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ КАК ПРОБЛЕМА ПРЕДРАКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОРТАНИ <i>Черемисина О.В., Панкова О.В., Мухамедов М.Р.</i>	48
РАК ГОРТАНИ. ФАКТОРЫ РИСКА <i>Шилова О.Ю., Уразова Л.Н., Мухамедов М.Р., Черемисина О.В., Чойнзонов Е.Л.</i>	49
РЕАБИЛИТАЦИЯ	
СОВРЕМЕННЫЕ АНТИОКСИДАНТЫ И ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Донскова Ю.С., Осипова Н.А., Немцова Е.Р.</i>	50
ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЧЕЛЮСТЯХ <i>Дробышев А.Ю., Абовян А.А., Ермолин Д.В.</i>	50
ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ <i>Дудицкая Т.К., Вельшер Л.З., Решетов Д.Н., Матвеева С.П., Коробкова Л.И., Асиновсков И.Г., Генс Г.П.</i>	51
К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПЕРЕВЯЗКИ НАРУЖНОЙ СОСНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ О ПОВОДУ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО РАКА <i>Ключихин А.Л., Трофимов Е.И., Чистяков А.Л., Гамиловская Ю.В.</i>	51
ЗАЖИВЛЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ТРАХЕОСТОМИЕЙ И БЕЗ НЕЕ <i>Ключихин А.Л., Трофимов Е.И., Чернов Н.В., Чистяков А.Л.</i>	52
ВЛИЯНИЕ ТРАХЕОТОМИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ <i>Ключихин А.Л., Чистяков А.Л., Трофимов Е.И., Давыдова И.И.</i>	52
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ <i>Красавина Е.А., Балацкая Л.Н., Чойнзонов Е.Л., Чижовская С.Ю., Мещеряков Р.В.</i>	53
ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И РОТОГЛОТКИ <i>Меньшикова Е.С., Важенин А.В., Шарабура Т.М.</i>	53
РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТА ПИЩЕВОДА И ГЛОТКИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ. СОЗДАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ГОЛОСОВОЙ И ПИЩЕПРОВОДЯЩЕЙ ФУНКЦИЙ НЕОГЛОТКИ. <i>Письменный В.И., Кривошеков Е.П., Письменный И.В.</i>	54
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ <i>Порханов В.А., Сельващук А.П., Поляков И.С., Кононенко В.Б., Коваленко А.Л., Нарыжный Н.В., Данилов О.В.</i>	54
СЛОЖНОЕ ЛИЦЕВОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Пустовая И.В., Жеребятёв А.П.</i>	54
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ <i>Пустовая И.В.</i>	55
ПЛАСТИКА ФАРИНГОСТОМ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ <i>Светицкий П.В., Кацяя Э.Т.</i>	55
КОРРЕКЦИЯ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ <i>Трофимов Е.И., Иванченко Г.Ф., Осипенко, Новицкая Н.В., Фуки Е.М.</i>	55
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА ПРИ ПЕРЕЗАХ И ПАРАЛИЧАХ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Уклонская Д.В., Дудицкая Т.К., Матвеева С.П.</i>	56

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА И ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ II-III СТ. ГОЛОВЫ И ШЕИ
Филоненко Е.В., Решетов И.В., Сухин Д.Г., Ерохов С.В., Крылова Г.П. 56

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Филоненко Е.В., Ерохов С.В., Сухин Д.Г., Ерастова Е.И. 56

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ
Чойнзенов Е.Л., Авдеев С.В., Кушнер А.В., Чижевская С.Ю., Назарова Л.С. 57

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ
Штин В.И., Новиков В.А., Фролова И.Г., Трухачева Н.Г., Шишкин А.А. 57

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
Барышев В.В., Андреев В.Г. 58

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ В ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТА ГОРТАНИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Бирин Л.М., Волкова В.Л. 58

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ БАСЕЙНА НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ
Васильев В.Н. 58

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ГОЛОВЫ И ШЕИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ ИХ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Решетов Д.Н., Цалко С.Э., Мазурова М.П. 59

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОСКУТОВ С ОСЕВЫМ ТИПОМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Дикарев А.С. 59

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Карпов И.А. 60

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ШЕИ
Поляков А.П., Хияева В.А. 60

ОПЕРАЦИИ НА ТРАХЕЕ ПРИ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ ПОСТТРАХЕОСТОМИЧЕСКИХ СТЕНОЗАХ - ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭТОЙ ПАТОЛОГИИ
Порханов В.А., Сельващук А.П., Кононенко В.Б., Коваленко А.Л., Бодня В.Н., Ситник С.Д., Поляков И.С. 61

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП К ВИСЦЕРАЛЬНЫМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Решетов И.В., Чиссов В.И., Кравцов С.А., Ратушный М.В. 61

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ФАРИНГОПЛАСТИКА С ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ
Решетов И.В., Чиссов В.И., Ольшанский В.О., Кравцов С.А., Ратушный М.В. 62

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Решетов И.В., Кравцов С.А., Поляков А.П., Маторин О.В., Филлюшин М.М., Ратушный М.В. 62

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ МЕТОДОМ УПРАВЛЯЕМОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛОТОКСИНА
Решетов И.В., Поляков А.П., Антонова Л.Е. 63

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СВОБОДНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ ЛОСКУТОВ В ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Роман Л.Д., Карпенко А.В., Чуманихина Н.С., Костюк И.П., Сибгатуллин Р.Р. 63

РЕЗЕКЦИЯ ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ
Светицкий П.В., Баужадзе М.В., Ганиев А.А. 63

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Трофимов Е.И., Саратовцев Д.М., Христенко А.И. 64

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА АРТЕРИЯХ ШЕИ В ОНКОЛОГИИ
Фокин А.А., Важенин А.В., Терёшин О.С., Яйцев С.В., Лукин А.А. 64

ДЕФЕКТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ С ЭКЗАРТИКУЛЯЦИЕЙ: ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ
Ходорковский М.А., Коротких Н.Г., Петров Б.В. 64

ПЛАНИРОВАНИЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОНКОХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЗОНЫ.
Чиссов В.И., Панченко В.В., Решетов И.В., Седых С.А., Евсеев А.В., Поляков А.П., Петров А.Н., Филлюшин М.М. 65

ОДНОМОМЕНТНАЯ ФАРИНГОЭЗОФАГОПЛАСТИКА РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМИ ВИСЦЕРАЛЬНЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Чиссов В.И., Решетов И.В., Мамонтов А.С., Вашекмадзе Л.А., Домрачев С.А., Кравцов С.А., Ратушный М.В. 65

ПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ
Чиссов В.И., Кравцов С.А., Васильев В.Н. 65

ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНАЯ ХИРУРГИЯ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕХОДНОКЛЕТОЧНОЙ ПАПИЛЛОМОЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ
Вдовина С.Н., Андреев В.Г., Буякова М.Е., Панкратов В.А. 67

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ
Франк Г.А., Решетов И.В., Зайцева Н.В. 67

ПРОВЕДЕНИЕ ЗНУКЛЕАЦИИ У БОЛЬНЫХ С УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМОЙ - АНАЛИЗ АРХИВНОГО МАТЕРИАЛА
Гришина Е.Е., Давыдов Д.В., Стоюхина А.С. 67

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ И КРЫЛОНЕБНОЙ ЯМОК
Гуляев Д.А., Чеботарев С.Я., Олюшин В.Е., Калакуцкий Н.В., Вавилов В.Н. 68

МОНИТОРИНГ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ВЕК С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ЛАЗЕР-ИНДУЦИРОВАННОЙ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ
Давыдов Д.В., Будзинская М.В., Овечкин Н.И., Осипов Е.А., Кузьмин С.Г., Ворожцов Г.Н. 68

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕПАРАТИВНОЙ ГРАНУЛЕМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТКИ С СУБЛЕЙКЕМИЧЕСКИМ МИЕЛОЗОМ
Дымников А.Б., Соколова М.А., Макарова Е.В., Мазур Л.Г. 69

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ
Енгигбарян М.А. 69

ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ
Залуцкий И.В., Овчинников Д.В. 69

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ЭНДОВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ПОСОБИЯ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КРАНИООРБИТОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
Решетов И.В., Давыдов Д.В., Комаров А.В. 70

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПРИ БАЗАЛИОМЕ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА Никитин А.А., Радванская С.Н., Спиридонова Н.З., Ильин А.А., Коллеров М.Ю.	70	РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ТАКТИКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ОПУХОЛИ НА ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ Письменный В.И., Осокин О.В.	77
УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОЖИ ПЕРИОРИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ВЕК ЛОСКУТАМИ ИЗ МЕСТНЫХ ТКАНЕЙ Овчинников Д.В.	70	РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Решетов Д.Н., Вельшер Л.З., Асиновских И.Г., Дудичкая Т.К., Матвеева С.П.	77
БЛОК РЕЗЕКЦИЯ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА Олюшин В.Е., Гуляев Д.А., Чеботарев С.Я., Калакутский В.Н., Вавилов В.Н.	71	ГОРМОНОТЕРАПИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЛАНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е.	78
МНОГОКОМПОНЕНТНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ «БОЛЬШИХ» РАЗМЕРОВ (пилотное исследование) Панова И.Е., Кардава Т.Р., Пилат А.В., Важенина Д.А., Гонтнер Е.И., Семенова Л.Е.	71	РАДИОИОДТЕРАПИЯ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ. 20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ Родичев А.А., Дроздовский Б.Я., Гусева Т.Н., Доброва Г.С., Тимохина О.В., Гарбузов П.И., Крылов В.В., Иконников А.И., Подольхова Н.В., Королева С.В., Шуринов А.Ю.	78
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА Рудык А.Н., Зинченко С.В., Хасанов Р.Ш., Хамидуллин Р.Г., Чернышев В.А.	71	НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ Родичев А.А., Олейник Н.А., Чеботарева И.В.	78
ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ТЕРМИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ Светицкий А.П.	72	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ РАЗНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Романчишен А.Ф., Гостимский А.В., Демидчик Ю.Е., Поляков В.Г., Шишков Р.В., Привалов В.А., Агеев И.С., Комиссаренко И.В., Рыбаков С.И.	79
ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА		ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Романчишен А.Ф., Липская Е.В., Романчишен Ф.А.	79
ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭКСТРАТИРЕОИДНОМ РАКЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ГОРТАНИ И ПИЩЕВОДА Барышев А.Г., Гащенко А.Д.	73	ТЕХНИКА, НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РЩЖ) Романчишен А.Ф., Багатурян Г.О.	79
ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Решетов И.В., Голубцов А.К., Савостикова М.В.	73	АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА БЕЗРЕЦИДИВНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Румянцев П.О., Ильин А.А., Двинских Н.Ю., Румянцова У.В., Саенко В.А., Абросимов А.Ю., Исаев П.А., Медведев В.С.	80
АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕННЫХ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕВОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ Гащенко А.Д.	74	ДИНАМИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ Савенок Э.В., Савенок В.У., Рыжих О.В., Минакова Е.С., Васильева М.М.	81
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СРЕДИННОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО И РЕЦИДИВНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Гинзбург Г.А., Гинзбург А.Г.	74	ВЫБОР ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Савенок Э.В., Савенок В.У., Минакова Е.С., Рыжих О.В., Панов Е.Д., Жукова Е.Н.	81
РАСШИРЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Голубцов А.К., Решетов И.В., Севрюков Ф.Е.	74	МЕСТО ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНОЙ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ Савенок Э.В., Савенок В.У., Минакова Е.С.	81
РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Гончар А.Г., Чистяков А.А., Фефелова И.И., Темниченко Д.П., Чистякова Л.В., Дьячков О.Н.	75	ЗНАЧИМОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Минакова Е.С., Савенок Э.В., Савенок В.У., Рыжих О.В., Редькин А.Н.	82
НЕЙТРОННО-ФОТОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИМ И ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Грибова О.В., Мусабаева Л.И., Чойнзонов Е.Л.	75	СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ Савенок Э.В., Савенок В.У., Жукова Е.Н., Рыжих О.В., Минакова Е.С.	82
РАДИОИОДАБЛАЦИЯ – ЗАВЕРШЕННАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ Дроздовский Б.Я., Шуринов А.Ю.	75	НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Сдвижков А.М., Кожанов Л.Г., Демидов В.П., Финкельштерн М.Р., Солдатов И.В.	82
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ Зинкевич И.В., Зинкевич О.И., Прокоданова Н.В., Матвиенко А.А.	76	ПАРАТРАХЕАЛЬНЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ) Сергеев С.А., Леонова Н.В., Сергеев С.С.	83
ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Карпенко А.В., Чуманихина Н.С., Сибгатуллин Р.Р.	76		
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКРОКАРЦИНОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Крехно О.П., Фролов А.С.	76		
МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Кулаев И.А., Яйцев С.В.	77		

ИДЕНТИФИКАЦИЯ НАРУЖНОЙ ВЕТВИ ВЕРХНЕГО ГОРТАННОГО
НЕРВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ
Фуки Е.М., Осипенко Е.В., Трофимов Е.И., Зеленкин Е.М. 83

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ
РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РЕГИОНАРНЫМ
РАСПРОСТРАНЕНИЕМ N1b
Хвостовой В.В., Сычов М.Д., Романищев В.Е.,
Киселев И.Л., Минаков А.А., Цнобиладзе Э.Д. 83

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ (ЦЛД)
ПРИ РЕЦИДИВНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РЩЖ)
Чернышев В.А., Хамидуллин Р.Г., Рудык А.Н. 84

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫПОЛНЕНИЮ
ПРЕВЕНТИВНОЙ ДИССЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ
ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Шевченко С.П., Сидоров С.В., Таранов П.А., Дымов А.А. 84

МИКРОКАРЦИНОМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Яйцев С.В., Кулаев И.А. 84

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Яйцев С.В., Кулаев И.А. 85

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ
С ПРИМЕНЕНИЕМ КОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ
В НИЗКО-ПОЛЕВОЙ ТОМОГРАФИИ
Балакин В.Е., Биктимиров Э.Ф., Гилязутдинов И.А., Жаворонков
А.Е., Салихов К.М., Сахапова Л.Р., Фаттахов Я.В., Хабилов Р.А.,
Хасанов Р.Ш., Хафизов Р.Т., Юсупова Л.Р. 86

ПРИМЕНЕНИЕ ИЗБИРАТЕЛЬНОЙ ХРОНОФОТОТЕРАПИИ
С ХЛОРИНОМ Е6 У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ:
ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА
Борисов В.А., Гусева О.А., Григорян С.С. 86

БИОУПРАВЛЯЕМАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
И РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Борисов В.А., Загускин С.Л. 87

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ
ПО ОБЪЕМУ РЕГРЕССИИ ОПУХОЛИ И СОСТОЯНИЮ ИММУНИТЕТА
Буйкова М.Е., Кузьмина Е.Г., Андреев В.Г.,
Вдовина С.Н., Панкратов В.А. 87

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЗОН ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АЛГЕБРАИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
С ИЗОБРАЖЕНИЯМИ В МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ
Губский Л.В., Анисимов Н.В., Гуляев М.В., Пирогов Ю.А. 87

ПРИМЕНЕНИЕ МИЛЛИМЕТРОВОЙ ТЕРАПИИ
ПРИ УЗЛОВЫМ ЗОБЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Гуляев А.И., Лисенкова Л.А., Синицын Н.И., Ёлкин В.А. 88

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРВАСКУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ
ГОЛОВЫ И ШЕИ С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ
Залуцкий И.В., Белоцерковский И.В., Акинфеев В.В. 88

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ
АНТИОКСИДАНТНОГО-ПРООКСИДАНТНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ
РАКОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Масленникова А.В., Щербатюк Т.Г., Лазарева В.А.,
Давыденко Д.В., Герасимова А.В. 89

ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ДЛЯ
КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ
НА РОСТ КЛЕТОЧНОЙ ПОПУЛЯЦИИ IN VITRO
Писаренко Е.М., Котин В.В., Ершов Ю.А. 89

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАНОСТРУКТУРИРОВАННЫХ
ГИДРОКСИАПАТИТОВ В ОНКОЛОГИИ
Решетов И.В., Филюшин М.М., Батухтина Е.В.,
Ратушный М.В., Севрюков Ф.Е. 89

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ МИКРОСКОПИИ
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Решетов И.В., Тычинский В.П., Славнова Е.Н.,
Сухарев С.С., Клемешов И.В., Иванов Ю.С., Голубцов А.К. 90

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПЫТАНИЙ ТИТАНОВЫХ ПЛАСТИН
С НАНОСТРУКТУРНЫМ ПОКРЫТИЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Решетов И.В., Штанский Д.В.,
Филюшин М.М., Сухарев С.С. 90

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО
РАКА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Романко Ю.С., Попучиев В.В. 91

АКТИВНОСТЬ ПРОТЕАСОМ И ИХ СОСТАВ
ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ
ГОЛОВЫ И ШЕИ
Спирина Л.В., Кондакова И.В., Чойнзонов Е.Л.,
Чижовская С.Ю., Мухамедов М.Р., Шарова Н.П. 91

ВЕЛИЧИНА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ЯРКОСТИ СИГНАЛА
ПРИ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОМ ИССЛЕДОВАНИИ
КЕРАТОПАПИЛЛОМ КОЖИ И МЕЛАНОМ
УЗЛОВОГО ТИПА СТРОЕНИЯ
Стаханов М.Л., Вельшер Л.З., Мазурова М.П.,
Астраханцев А.Ф., Решетов Д.Н., Цалко С.Э. 91

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ БИОТЕРАПИИ
НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОПУХОЛЕЙ
ГОЛОВЫ И ШЕИ
Стрельцова Е.А., Решетов И.В., Дайхес Н.А.,
Каркищенко Н.Н., Семёнов Х.Х. 92

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОПОЗЗА
У БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ
ГОЛОВЫ И ШЕИ (ПРГШ) ПРИ НАЛИЧИИ
КОСТНОМОЗГОВЫХ МИКРОМЕТАСТАЗОВ
Тимошина Е.Г., Подвизников С.О., Чегринцев О.А.,
Френкель М.А., Колбаская О.П., Тупицын Н.Н. 92

СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ
И СЛЮНЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ
Трофимов Е.И., Колченко О.О.,
Фуки Е.М., Мустафаев Д.М. 93

СТИМУЛЯЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПОЛИОКСИДОНИЕМ У
БОЛЬНЫХ
РАКОМ ГОРТАНИ
Трофимов Е.И.¹, Колченко О.О.¹, Фуки Е.М.¹,
Мустафаев Д.М.² 93

РЕЗЕРВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ОНКОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ
Шаров С.В. 93

АССОЦИАЦИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ МИНДАЛИН И ГОРТАНИ
С ОНКОГЕННЫМИ ВИРУСАМИ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА
И ЭПШТЕЙНА-БАРР
Шилова О.Ю., Л.Н. Уразова, Е.Л. Чойнзонов 94

ОПУХОЛЬ-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ НАНОКОНТЕЙНЕРЫ
ДЛЯ НАПРАВЛЕННОГО ТРАНСПОРТА В ОЧАГ ГЛИОМЫ
Юсубалиева Г.М., Баклаушев В.П., Куприянов Д.А.,
Пирогов Ю.А., Чехонин В.П., Гурина О.И. 95

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ

REHABILITATION OF IRRADIATED TISSUES

J. Dolivet

France

Radiotherapy is an efficient carcinological treatment and has become an integral part of overall cancer therapy: nearly two thirds of all cancer patients will receive radiotherapy at some point during their disease treatment. However it may adversely impact on healthy tissues included within the irradiated volume, notably on the bone tissue. Bone tissue necrosis, termed as osteoradionecrosis (ORN) is the most devastating head and neck radiotherapy-induced complications. The injury mechanism is characterized by ischemia, cell apoptosis and fibrosis. For long-term survivors, the risk of postirradiation sarcoma has been estimated to be up to 0.8% overall after radiotherapy.

Clinical experiences. Treatment of head and neck cancers allows good carcinological results but induces aesthetic and functional sequelae. A benefit of reconstructive surgery on surrounding radiation-induced injuries was observed, especially with Coleman technique that involves in this cases fat tissues transplantation into irradiated areas. Thirteen patients who were referred to our center for aesthetic subcutaneous or submucous head and neck reconstruction after radiotherapy underwent this technique of plastic reconstructive surgery. The rehabilitation was aesthetic and functional, and the quality of life of the patients was improved. These clinical improvements were correlated with pathological data. Thus, we hypothesized that the clinical improvement could be induced by an increase in vascularization and a revitalisation of interstitial tissues. A cellular contingency with angiogenic potentiality, in particular adipose and mesenchymal stem cells contained in fatty tissues, could take part in the revascularisation of ischemic irradiated tissues. To understand the cellular and/or tissular mechanisms underlying these changes, we conducted investigations.

Experimental studies. Firstly, we developed an experimental animal model of radio-induced tissue degeneration to better understand the radiation-induced defect. In this long term study, rats were irradiated bilaterally on the hindlimb with a single dose of 30 or 50 Gy. Sequential analysis was based on observational staging recordings and non invasive imaging using planar scintigraphy. Additional radiohistology, cytokines and growth factors analyses (IL-1, IL-2, IL-6, IL-10, IFN- γ , TNF- α , VEGF, GM-CSF, TGF- β 1) by immunoanalyse and by Western Blot, histology and immunohistochemistry were also performed. Following irradiation, all animals developed acute and late effects, yet the severity of this effect were much stronger in the 50 Gy irradiated group. Animal developed foot necrosis, which was very aggressive and gradually extended to the entire lower extremity. Quantitative analysis of planar SPECT imaging revealed that uptake of ^{99m}Tc -HDP.

The blood flow activity was not different in animals which experienced 30 Gy compared to control group. By contrast, a significant decrease in blood flow ischemic hindlimb was observed after 2 months in animals irradiated at 50 Gy in comparison with controls, and at 8 months post-irradiation, there was a 72% increase in early-HDP suggesting a possible contribution of some inflammatory conditions. The bone uptake of ^{99m}Tc -HDP was found to significantly decrease in both 30 Gy

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОБЛУЧЕННЫХ ТКАНЕЙ

Ж. Доливьет

Франция

Лучевая терапия, несомненно, обладает эффективным противоопухолевым воздействием и составляет неотъемлемую часть противораковой терапии. Приблизительно 2 третьих всех пациентов получают лучевую терапию в объеме лечения. Однако лучевая терапия способна оказывать нежелательное воздействие на здоровые ткани, включенные в поля облучения, в особенности на костную ткань. Некротические изменения костной ткани, именуемые остеорадионекрозом, относятся к наиболее неблагоприятным постлучевым осложнениям. Механизм повреждения ткани связан с развитием ишемии, клеточного апоптоза и фиброза в месте облучения. Также у пациентов с продолжительным сроком жизни, повышен риск развития постлучевой саркомы, он превышает 0,8% при сравнении с группой, перенесшей лучевую терапию без осложнений.

Клинические наблюдения. Лечение опухолей головы и шеи позволяет достичь хороших онкологических результатов, однако в ряде случаев оно приводит к развитию эстетических и функциональных дефектов. Применение и польза реконструктивной хирургии в лечении постлучевых повреждений неоспорима, особенно техника Колемана, которая включает пересадку жировой ткани в облученные зоны. У нас имеется опыт выполнения данной пластики у 13 пациентов, обратившихся в наш центр для реконструкции постлучевых дефектов кожи и слизистой. Достигнут как эстетический, так и функциональный результат, качество жизни пациентов было улучшено. Эти клинические улучшения были сопоставлены с морфологическими данными. Таким образом, мы предположили, что клиническое улучшение были вызваны усиленным кровоснабжением и как следствие улучшенной тканевой регенерацией. Такой клеточный состав, как жировые и мезенхимальные стволовые клетки, содержащиеся в жировой клетчатке, потенцирует ангиогенез, что приводит к реваскуляризации и улучшению кровоснабжения в ишемизированных облученных тканях. Что бы более подробно изучить клеточный и тканевой механизмы, лежащие в основе данных изменений мы провели исследование.

Экспериментальные данные. С целью имитации постлучевого повреждения была разработана экспериментальная модель радиоиндуцированного дефекта с использованием животных. В качестве объекта исследования были использованы крысы, которым было выполнено билатеральное облучение задней конечности в дозе от 30 до 50 Гр. Оценка в динамике осуществлялась с помощью последовательной регистрации изменений при помощи сцинтиграфии. Также производилось гистологическое, иммуногистохимическое исследование и оценка факторов роста (IL-1, IL-2, IL-6, IL-10, IFN- γ , TNF- α , VEGF, GM-CSF, TGF- β 1) методом иммуноанализа. После облучения, у всех животных развивались острые и отдаленные постлучевые повреждения, интенсивность этих эффектов была значительно выше у группы, облученной дозой 50 Гр. При этом развивался острый некроз стопы, распространяющийся постепенно на всю нижнюю конечность. Количественный анализ осуществлялся с помощью оценки поглощения ^{99m}Tc -этилцистеинового димера методом фотонно-эмиссионной компьютерной томографии.

and 50 Gy groups. In the 30 Gy group, a time-dependent decrease in bone uptake was observed (-29% at 8 months) compared to normal hindlimb. In 50 Gy group, the diminution of the mean bone uptake was already maximal at 2 months (-31%) then it stabilized at 8 months (-21%). After 30 Gy irradiation, histological changes were characterized by an oedema and a fibrosis moderates, as well as some vascular alteration and impairment.

Following irradiation at a single dose of 50 Gy, histological studies highlighted an acellular bone. In the bone marrow tissue, we found almost total loss of hematopoietic cells, replaced by adipocytes. Blood vessels were surrounded by fibrosis, they were disappearance of endothelial cells, collagenous hyalinization of the blood vessel wall and narrowing of the vascular lumen. We noticed a change in overall architecture of surrounding tissues. At the level of soft tissues, destruction was also evident by increased collagen and inflammatory infiltration; the tissues were edematous and necrotic. The analysis of expression of the cellular messengers highlighted that the GM-CSF, factor of call of stem cells, was increased.

There was a constant signal of help without histological translation. We found a pro-angiogenic persistent signal (VEGF), especially in skin, but there again without histological translation. The pro-inflammatory signal (IL-1, IL-2, and TNF) were increased meaningfully during the inflammatory initial phase, despite of a little improvement to 6 months, we noted an upsurge of the inflammation to 1 year. In this long term 12 months study, development of soft tissue sarcoma was observed in the irradiation field. In conclusion, all data were concordant and highlighted an architectural modification in all tissues included in the irradiated volume. The deleterious process was irreversible and tissue alterations were time and dose dependent.

Our murin models have developed, after a single irradiation of 30 Gy, tissue degeneration characteristic of radiation injuries. After 50 Gy-irradiation, our rat model highlighted tissue damage similar to those occurring during human osteoradionecrosis, both in vivo and in vitro. This model of irradiation proved to be reliable and faithful. The development of animals' model is an essential step for exploring pathogenesis of radio-induced tissue degeneration and it may be used for testing the efficiency of treatments. The increase of the GM-CSF, translating the lack of precursors, confirms the theoretical interest of rehabilitation by stem cells.

Secondly, the rehabilitation of radio-induced tissue injury by cellular therapy with autologous bone marrow mesenchymal stem cells (BMSCs), based partly on their angiogenic ability, might represent a new therapeutic approach. This feasibility was investigated in our rat model exposed to 30 Gy radiation with an emphasis on two prerequisites: the quality of engrafted BMSCs and the short term cell retention within the damaged area. The bone marrow cells were harvested before irradiation and cultured, their mesenchymal characteristics (CD34-, CD 45-, CD44+, CD90+) being serially assessed by flow cytometry.

In cell culture experiments, the mesenchymal characteristics became visible and stable from the third passage. Two months after irradiation, animals with bone defect benefited cell therapy: ^{111}In -labelled BMSC (2×10^6) were directly injected into tibial diaphysis. Short term location of implanted cells within damaged area was evidenced by simultaneous recording of $^{99\text{m}}\text{Tc}/^{111}\text{In}$ activity during one week. After cell transplantation, dual $^{99\text{m}}\text{Tc}/^{111}\text{In}$ SPECT evidenced a specific location of engrafted BMSCs within the damaged area; the percentage of activity remained at 70% at 2 hours, and at 40%, 2 and 7 days later.

Conclusion. As the engrafted BMSCs stayed within the irradiated area, we are currently assessing the possible benefits such treatment. If the results are conclusive, a randomized clinical study will be conducted. The prevention of osteoradionecrosis, the chronic alveolar, the vascular degeneration and the possibility of reirradiation of fragile tissues could be imagined.

Кровоснабжение у животных, облученных дозой 30Гр было одинаковым с контрольной группой. Однако, при оценке кровоснабжения в ишемизированной конечности (спустя 2 месяца) у животных, облученных дозой 50Гр, при сравнении с контрольной группой было отмечено значительное снижение интенсивности кровоснабжения. Также отмечено значительное снижение поглощения $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -HDP костной тканью в обеих 30Гр и 50Гр группах. При сравнении с нормальной конечностью, скорость снижения поглощения препарата костной тканью, в группе животных, облученных дозой 50Гр оказалось снижено и составило (-29% за 8 месяцев). В 50Гр группе, максимальное снижение поглощения препарата было отмечено через 2 месяца и составило (-31%), затем скорость снижения уменьшилась и стабилизировалась к 8 месяцев (-21%). При гистологическом исследовании группы, облученной дозой 30Гр, были выявлены такие изменения как отек и фиброз, сосудистая склероз и альтерация.

При гистологическом исследовании костной ткани группы, облученной дозой 50Гр, в ткани костного мозга было обнаружено почти полное снижение роста гемопоэтических клеток, и замещение их адипоцитами. Также был выявлен периваскулярный фиброз, отмечено исчезновение эндотелиальных клеток, коллагеновых волокон в сосудистой стенке, и сужение сосудистого просвета. В области мягких тканей были отмечены такие изменения как воспалительная инфильтрация, отек и некротические изменения. При исследовании клеточных маркеров выявлена повышенная экспрессия GM-CSF фактора.

Также была отмечена повышенная экспрессия (VEGF) особенно в коже, маркеры воспаления (IL-1, IL-2 и TNF) были значительно повышены в начальной фазе воспаления, несмотря на незначительную стабилизацию к шести месяцам, мы выявили сохранение воспаления в течение 1 года. Во время нашего долгосрочного 12 месячного исследования, также были зафиксированы случаи развития сарком в области облученных тканей. В заключении, хочется отметить, что постлучевые изменения в тканях зависят от времени, прошедшего с момента облучения и от дозы воздействия.

Оценка постлучевого повреждающего воздействия на ткани производилась также на биологических моделях с использованием крыс. После облучения в дозе 50 Гр, у животных были выявлены тканевые изменения, структурно схожие с человеческим остеорадионекрозом, как в *in vivo*, так и в *in vitro*. Разработка животной модели является существенным шагом как для исследования патогенеза постлучевой тканевой дегенерации, так и для оценки эффективности лечения.

Увеличение трансляции GM-CSF подтверждает возможность использования стволовых клеток с целью реабилитации.

Во-вторых, реабилитация постлучевого повреждения ткани с помощью клеточной терапии с использованием мезенхимальных стволовых клеток (BMSCs), основана частично на их высокой способности к ангиогенезу, что представляет новый терапевтический подход. Клеточная терапия была исследована на биологической модели, перенесшей облучение в дозе 30 Гр, с выполнением двух условий: высокое качество культуры прививаемых BMSCs клеток и быстрый срок переноса культуры клеток на поврежденную ткань. Культура стволовых клеток была забрана из костного мозга, заблаговременно до облучения, оценка их характеристик (CD34-, CD45-, CD44+, CD+90) осуществлялась методом серийной флоу цитометрии.

В экспериментах на клеточной культуре, сравнительные характеристики мезенхимальных клеток стали проявляться с третьего пассажа. Спустя два месяца после облучения, животным с костными дефектами были инъецированы в область диафиза большеберцовой кости клетки BMSC (2×10^6). В течении одной недели с целью определения места локализации имплантированных стволовых клеток и места дефекта производилась синхронная регистрация распределения $^{99\text{m}}\text{Tc}/^{111}\text{In}$. После клеточной трансплантации, двойной $^{99\text{m}}\text{Tc}/^{111}\text{In}$ анализ подтвердил специфическую локализацию привитой BMSCs клеточной культуры в зоне дефекта. Процентное выражение активности сохранялось на уровне 70% (в течение 2х часов) и на уровне 40% (в течение 2 и 7 последующих дней).

Заключение. В настоящий момент мы продолжаем оценивать возможное благоприятное действие стволовых клеток (BMSCs) в облученной области. В случае если результаты будут положительными и обоснованы, мы планируем организовать рандомизированное клиническое исследование, что внесет неоценимый вклад в профилактику остеорадионекроза, сосудистой дегенерации и повысит возможность реабилитации постлучевых изменений ткани.

LONG TERM RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH TUMORS INVOLVING THE SKULL BASE

Jatin P. Shah, MD, PhD (Hon), FACS, FRCS (Hon), FRACS (Hon), FDSRCS (Hon)
Professor of Surgery
EW Strong Chair in Head and Neck Oncology
Chief, Head and Neck Service

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
1275 York Avenue
New York NY 10065
Tel: (212) 639-7233
Fax: (212) 717-3302
E-mail: shahj@mskcc.org

The surgical techniques for craniofacial resection for malignant tumors involving the skull base have been developed and refined over the course of the past 40 years. With advances in imaging, navigation and technical aspects of the surgical approaches, even the most difficult of malignant neoplasms can now be adequately treated. The formation of a skull base surgery team, however, is crucial to the successful outcome of skull base surgical procedures. The general indications for skull base surgery include both benign and malignant tumors arising from the mucosa of the nasal cavity and paranasal sinuses, the skin, the bone and cartilaginous structures of the craniofacial skeleton, tumors of neurovascular structures, orbit, notochord, and dura. A variety of histological entities are encountered at these anatomic sites. The biological behavior of the tumor is an important consideration in making a decision to embark upon skull base surgery for resection of these tumors.

Technical variations in the surgical approach include the standard bifrontal craniotomy or an anterior subcranial approach for exposure of the anterior skull base. More lateral lesions require a cranio-orbitozygomatic approach, and lesions which involve the middle cranial fossa require a pterional craniotomy and facial translocation to gain access to the desired location. More recently, endonasal surgical approaches are being developed to resect lesions involving the central skull base. These are intriguing approaches which require further experience to define the criteria for safe surgical conduct of these procedures. A variety of surgical approaches for malignant tumors involving the anterior skull base will be shown in this presentation.

The morbidity of craniofacial surgery remains significant, with a complication rate approaching 30-40%. In many reported series, mortality of the operative procedure remains well under 10%. Major complications occur secondary to infection, either at the incision site leading to osteomyelitis of the bone flap, or infection in the epidural space leading to meningitis. Appropriate use of antibiotic prophylaxis reduces the risk of infectious complications. A combination of Ceftazidime, Vancomycin, and Flagyl offers broad spectrum coverage for prophylaxis of septic complications. CSF leak and meningitis, although rare, is an avoidable complication. Meticulous attention should be paid to accomplish watertight repair of dural defects. Use of soft tissue adhesives offer further protection against CSF leakage. Availability of free tissue transfer permits resection of large segments of cranial base and effectively provide the necessary support to the dura and brain.

Overall disease specific survival of approximately 60% is reported by most authors. The long term survival, however, depends on the histology of the tumor. Esthesioneuroblastoma and low grade sarcomas offer the best long term survival compared to mucosal melanomas and undifferentiated carcinomas or high grade sarcomas which have the worst long term outcome. Invasion of the orbit and dura have been shown to be adverse prognostic factors. The results of an international collaborative study of more than 1300 patients support the observations stated above. The long term survival, however, remains unchanged over the course of the past 3 decades. In the future, therefore, we must plan on integrating other treatment modalities such as chemotherapy and radiation therapy in addition to surgical resection for malignant tumors involving the skull base to improve the long term outcome.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Jatin P. Shah, MD, PhD (Hon), FACS, FRCS (Hon), FRACS (Hon), FDSRCS (Hon)
Professor of Surgery
EW Strong Chair in Head and Neck Oncology
Chief, Head and Neck Service

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
1275 York Avenue
New York NY 10065
Tel: (212) 639-7233
Fax: (212) 717-3302
E-mail: shahj@mskcc.org

За прошедшие 40 лет произошло значительное улучшение и совершенствование хирургических методик удаления злокачественных опухолей, распространяющихся на основание черепа.

Основным показанием для хирургического вмешательства на области основания черепа является наличие как доброкачественных, так и злокачественных опухолей, исходящих из слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, кожных, костных и хрящевых структур черепно-лицевой области, также опухолей сосудистого и нервного генеза и образований орбиты и твердой мозговой оболочки.

С целью доступа к переднему отделу основания черепа применяется стандартная бифронтальная краниотомия, либо передний подчерепной доступ. Для доступа к опухолям, расположенным более латерально используется черепно-орбито-скуловой доступ, поражение средней черепной ямки требует выполнения краниотомии через основную кость и последующей лицевой транслокации. Современным подходом считается применение эндоназальной хирургии для осуществления доступа к опухолевым поражениям центральной части основания черепа.

Смертность при вмешательствах на черепно-лицевой области сохраняется значительной, с количеством осложнений, приближающимся к 30-40% случаев. В большинстве операций смертность сохраняется ниже 10%.

Согласно большинству авторов, выживаемость при опухолевых поражениях основания черепа составляет 60%. Отдаленные сроки выживаемости, однако, зависят от гистологического типа опухоли. Эстезионеуробластома и малодифференцированные саркомы демонстрируют лучшие отдаленные результаты выживаемости, при сравнении с меланомами слизистой оболочки и низкодифференцированным раком. Наиболее худшие показатели продолжительности жизни демонстрируют высокодифференцированные саркомы. Такие признаки как, распространение опухоли на орбиту, либо твердую мозговую оболочку относятся к неблагоприятным прогностическими факторами.

ROLE OF SURGERY AND THE SURGEON IN MULTIDISCIPLINARY TREATMENT OF HEAD AND NECK TUMORS

*Jatin P. Shah, MD, PhD (Hon), FACS, FRCS (Hon),
FRACS (Hon), FDSRCS (Hon)
Professor of Surgery
EW Strong Chair in Head and Neck Oncology
Chief, Head and Neck Service*

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
1275 York Avenue
New York NY 10065
Tel: (212) 639-7233
Fax: (212) 717-3302
E-mail: shahj@mskcc.org

Surgery has remained the fundamental modality for definitive treatment for a majority of solid tumors for over a century. In the development of therapeutic modalities for head and neck cancer, surgery has the longest track record followed by radiotherapy, chemotherapy, targeted therapies, and investigational new drugs. Nearly 70% of patients receiving treatment for head and neck cancer need surgery during initial definitive treatment. The goals of multimodal treatment are to improve survival, achieve local and regional control and thus improve the quality of life, as well as prolong the disease-free interval and reduce the risk of distant metastasis and new primary tumors. In achieving these goals, multidisciplinary treatment is essential. On the other hand, surgery remains the only potential avenue for curative therapeutic intervention in patients with tumors that have recurred following previous radiotherapy or chemoradiotherapy. Several examples of lifesaving surgical interventions in residual or recurrent tumors following nonsurgical treatment of malignant tumors of the head and neck will be shown in this presentation.

The specialty of head and neck surgery, however, is changing due to new developments in multidisciplinary treatment programs with integration of radiotherapy and chemotherapy in initial definitive treatments. The role of the surgeon is thus modified, offering less radical surgery at one end of the spectrum and offering extensive salvage operations for post-chemoradiotherapy recurrent tumors at the other end. Advances in imaging techniques and navigation as well as robotics and interventional radiology has further expanded and modified the role of the contemporary surgeon in head and neck tumor management. Similarly, minimally invasive surgery has a growing role in surgery for parathyroid and thyroid tumors as well as endoscopic approaches for laser resection of tumors of the larynx and pharynx and endonasal surgery for lesions involving the central skull base. Improvement in histopathological diagnosis with immunohistochemical techniques and genetic markers has further improved our ability to estimate the natural history of a tumor and its appropriate management.

In the life history of a patient with head and neck cancer, the surgeon is required throughout the patient's life. The role of the surgeon in initial diagnosis, evaluation and implementation of definitive therapy is unquestioned. Posttreatment rehabilitation again needs the assistance of a surgeon and management of posttreatment complications and salvage treatment or for symptomatic palliation the services of a surgeon are required. Finally, for posttreatment surveillance and for diagnosing an occult asymptomatic new primary tumor, the services of a surgeon are essential. Thus, in spite of the development of newer diagnostic modalities, progress in multidisciplinary nonsurgical treatment of advanced tumors with chemoradiotherapy and with progress in imaging, navigation and robotic surgery, the skills of a surgeon remain central to the management of a patient with head and neck cancer.

РОЛЬ ХИРУРГИИ И ХИРУРГА В МНОГОКОМПОНЕНТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

*Jatin P. Shah, MD, PhD (Hon), FACS, FRCS (Hon),
FRACS (Hon), FDSRCS (Hon)
Professor of Surgery
EW Strong Chair in Head and Neck Oncology
Chief, Head and Neck Service*

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
1275 York Avenue
New York NY 10065
Tel: (212) 639-7233
Fax: (212) 717-3302
E-mail: shahj@mskcc.org

Хирургический метод остается основным и базисным элементом лечения большинства твердых опухолей.

Приблизительно 70% пациентов получающих терапию по поводу рака головы и шеи нуждаются в хирургическом лечении на начальном этапе. В свою очередь, целью и задачами многокомпонентного лечения является улучшение продолжительности жизни, безрецидивного периода пациентов и снижение риска развития отдаленных метастазов и возникновения новых первичных опухолей. В достижении этих целей многокомпонентное лечение неоспоримо. С другой стороны, хирургия остается единственным возможным методом лечения пациентов с рецидивами после предшествующей лучевой терапии или химиотерапии.

Роль хирургии области головы и шеи претерпевает синхронные изменения параллельно развитию новых достижений в многокомпонентном лечении. Внедрение лучевой и химиотерапии на начальном этапе многокомпонентного лечения позволило снизить радикальность хирургических вмешательств, однако широкие спасительные операции являются приоритетом при лечении рецидивных опухолей после химиолучевой терапии.

Усовершенствования технологий визуализации и навигации, также как и развитие робототехники и интраоперационной лучевой терапии расширили роль современного хирурга в лечении опухолей головы и шеи. Аналогично, все чаще применяются минимально инвазивные операции при лечении опухолей паращитовидных и щитовидных желез. Применение эндоскопии расширило возможности лазерного удаления опухолей гортани, также как и эндоназальная хирургия оптимальна для доступа к опухолевым поражениям центральной части основания черепа. Совершенствование методики гистологического анализа с применением иммуногистохимических техник и генетических маркеров привело как, к более точной диагностики опухоли, так и к оценке ее генеза и выбору тактики лечения.

Роль хирурга занимает значимое место на протяжении всего срока лечения пациентов с опухолями головы и шеи. Она важна как на этапе постановки правильного диагноза и выборе метода лечения, так и неопределима в лечении послеоперационных осложнений и дальнейшей реабилитации и паллиативном симптоматическом лечении пациентов.

RISK ADAPTED STRATEGY FOR SURGICAL AND ADJUVANT TREATMENT OF CANCER OF THE THYROID GLAND

Jatin P. Shah, MD, PhD (Hon), FACS, FRCS (Hon), FRACS (Hon), FDSRCS (Hon)
Professor of Surgery
EW Strong Chair in Head and Neck Oncology
Chief, Head and Neck Service

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
1275 York Avenue
New York NY 10065
Tel: (212) 639-7233
Fax: (212) 717-3302
E-mail: shahj@mskcc.org

The prognostic factors in differentiated carcinoma of the thyroid gland have been repeatedly shown to be uniform in several large studies. These factors are related to the patient and the tumor. Age and gender of the patient are independent parameters impacting upon prognosis. On the other hand, tumor size, histology, extrathyroid extension, and presence of distant metastasis are tumor-related factors which are significant on multivariate analysis. Based on these prognostic factors, 3 risk groups are identified. Low risk patients are young patients with low risk tumors and high risk patients are older patients with high risk tumor factors. Young patients with bad tumor factors or older patients with good tumor factors fall into the intermediate risk category.

A great majority of low risk patients are cured after their initial surgical treatment. Treatment failure is infrequent and usually occurs in regional lymph nodes, or occasionally at the primary site. Serum thyroglobulin has proven to be of invaluable help in following low risk patients after initial treatment. Routine radioiodine ablation is not necessary in low risk patients with very low levels of postoperative thyroglobulin. On the other hand, patients with persistently high thyroglobulin values may have either residual thyroid tissue or occult metastatic disease, and these patients may benefit from administration of radioiodine therapy. Patients who fall into the intermediate and high risk categories are candidates for consideration of postoperative radioiodine therapy. However, patients with poorly differentiated carcinoma may not have tumors which are radioactive iodine avid, and these patients may need external radiation therapy to achieve local and regional control of their extensive thyroid cancer.

Detection of residual or recurrent thyroid cancer currently is done with serial thyroglobulin levels and ultrasound examination of the neck. Occasionally radioactive iodine scanning of the whole body is of use in detecting distant metastases which are iodine-avid. On the other hand, patients with poorly differentiated carcinoma who generally do not show high thyroglobulin values and have radioiodine resistant tumors will not be detected with thyroglobulin values or radioiodine scanning. Detection of disease in these patients is facilitated by the use of PET scanning. Treatment of recurrent disease in patients with positive PET scans depends on the location and the extent of the tumor and the patient's symptoms.

Radioiodine therapy has been traditionally employed after withdrawal of thyroid hormone for at least 6 weeks to achieve TSH elevation which facilitates administration of radioiodine therapy. However, administration of human recombinant TSH (Thyrogen) has avoided the need for thyroid hormone withdrawal. The ability of Thyrogen and hormone withdrawal in detecting disease is comparable. Therefore, at present thyroid hormone withdrawal is not recommended for administration of radioiodine therapy. Patients with tumors which are resistant or refractory to radioiodine therapy require either external radiation therapy for local and regional control of cancer following surgery, or they would be candidates for consideration of newer targeted therapeutic agents such as tyrosine kinase inhibitors and vascular endothelial growth factor inhibitors. Trials with these new drugs are currently underway, however, no data is available regarding its long term efficacy.

РИСК ОБЩЕПРИНЯТОЙ СТРАТЕГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И АДЪЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Jatin P. Shah, MD, PhD (Hon), FACS, FRCS (Hon), FRACS (Hon), FDSRCS (Hon)
Professor of Surgery
EW Strong Chair in Head and Neck Oncology
Chief, Head and Neck Service

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
1275 York Avenue
New York NY 10065
Tel: (212) 639-7233
Fax: (212) 717-3302
E-mail: shahj@mskcc.org

Прогностические факторы в выборе тактики лечения рака щитовидной железы были определены во многих крупных исследованиях. Выделяются как пациент, так и опухоль ассоциированные факторы. Возраст и пол пациента относятся к независимым параметрам, влияющим на прогноз. Размер опухоли, гистологическое строение, экстракapsулярное распространение, наличие отдаленных метастазов относятся к опухолевым факторам. На основании данных прогностических факторов были выделены три группы риска. К низкой группе риска относятся пациенты молодого возраста с благоприятными опухоль ассоциированными факторами, к группе высокого риска относятся пожилые пациенты с неблагоприятными опухоль ассоциированными факторами. Молодые пациенты с благоприятными опухоль ассоциированными факторами и пожилые пациенты с неблагоприятными относятся к промежуточной группе риска.

Хирургический метод лечения является основным для большинства пациентов низкой группы риска, при этом наблюдается хорошие результаты продолжительности жизни больных. Иногда встречаются метастазы в регионарные лимфатические узлы, и реже локальные рецидивы. Тиреоглобулин сыворотки крови доказал свою эффективность в оценке проведенного лечения и наблюдении за пациентами. Пациентам с малым значением тиреоглобулина и низкой группой риска, лечение радиоактивным йодом не показано. С другой стороны, пациентам с наличием высоких значений тиреоглобулина, свидетельствующем об остаточной ткани щитовидной железы либо метастатическом поражении, назначение радиоiodтерапии может быть эффективно. В свою очередь, пациенты промежуточной и высокой групп риска являются кандидатами для обязательной послеоперационной терапии радиоактивным йодом. Пациентам с радиоiodрезистентным низкодифференцированным раком щитовидной железы, для достижения местного и регионарного контроля рекомендуется проведение наружной лучевой терапии.

Определение остаточной либо рецидивной опухоли выполняется с исследованием уровня тиреоглобулина сыворотки крови и ультразвукового исследования шеи. С другой стороны, пациенты с низкодифференцированным раком не демонстрируют высокое значение тиреоглобулина. Диагностика болезни у этих пациентов облегчается с использованием ПЭТ сканирования. Дальнейшее лечение рецидива у пациентов с положительным ПЭТ сканированием, зависит от места и степени распространенности опухоли.

Пациентам с радиоiodрезистентным низкодифференцированным раком щитовидной железы, для достижения местного и регионарного контроля рекомендуется либо проведение наружной лучевой терапии, либо добровольное участие в программах и исследованиях использования ингибиторов тирозин-киназы и блокаторов ангиогенеза в качестве таргетной терапии.

ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ОПЫТ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ В УСЛОВИЯХ КРАСНОДАРСКОГО КРАЕВОГО ОНКОДИСПАНСЕРА

Гащенко А.Д.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»
Департамента здравоохранения Краснодарского края
Краснодар, Россия

В Краснодарском крае рак гортани остается наиболее часто встречающимся злокачественным новообразованием ЛОР-органов. В 2008 г. показатель заболеваемости составил 4,6 на 100 тысяч населения (среди мужчин — 9,7 на 100 тысяч мужского населения) при соотношении заболевших мужчин и женщин 38:1.

У большинства пациентов рак гортани диагностируется при первом обращении в III-IV стадии (67,8%). Поэтому приводящее к инвалидизации больных удаление гортани — наиболее частая причина отказа от хирургического вмешательства. Восстановление голосовой функции — актуальное направление реабилитации пациентов, перенесших ларингэктомию.

Цель. Проанализировать реабилитационную деятельность отделения опухолей головы и шеи ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» в отношении больных злокачественными новообразованиями гортани, перенесших ларингэктомию.

Материалы и методы. За последние 5 лет в отделении опухолей головы и шеи ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» установлено 27 голосообразующих протезов. В связи с истечением срока использования заменены 39 протезов.

Результаты. Трахеопищеводное шунтирование в отделении проводится во время ларингэктомии или отсроченно. Используются голосовые протезы Provox. Возможные осложнения (отсутствие фонации после установления протеза, протекание слюны вокруг протеза, рост грануляций в трахеостоме) наблюдались в 5-ти случаях (7,6%). Двум больным, по их настоянию, произведено закрытие шунта.

Выводы. С помощью методики трахеопищеводного шунтирования с эндопротезированием появилась возможность восстановить голосовую функцию после ларингэктомии. Это способствовало уменьшению количества больных, отказывающихся от радикального хирургического лечения ларингэктомии до минимума.

К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М.

Онкологический клинический диспансер №1,
Москва, Россия

Восстановление голосовой функции является ведущим аспектом реабилитации больных, перенесших удаление гортани, и эта цель может быть достигнута несколькими путями: обучению пищеводно-голосоу, использование голосовых аппаратов и выполнение различных реконструктивных операций.

Материалы и методы. Одним из важнейших направлений в реабилитации голосовой функции после ларингэктомии являются хирургические методы, основанные на принципе шунтирования, т.е. создания сообщения между трахеей и пищеводом. Эта методика получила развитие в двух аспектах:

1. Формирование трахеопищеводного шунта и защитного клапана за счет аутоканалей.

2. Создание искусственного приспособления — протеза, который устанавливается в трахеопищеводный шунт

Трахеопищеводное шунтирование выполняли одномоментно с удалением гортани или в отдаленные сроки после операции. Хирургические способы восстановления голоса применены у 141 больного.

Результаты. Голосовая функция восстановлена в ранние сроки после операции у 83-91% больных в зависимости от методики формирования шунта. Проведены акустические исследования: изучен речевой тракт до и после удаления гортани, оценка голоса после удаления гортани с трахеопищеводными шунтированием и эндопротезированием. Спектральный анализ показал, что протез обеспечивает лучшее качество голоса за счет большей устойчивости частоты основного тона и уменьшения шумовых компонентов в высокочастотном участке спектра. Уровень шума в области 4 кГц на звуке «А» и «И» уменьшился на 10 дБ при эндопротезировании, по сравнению с трахеопищеводным шунтированием без эндопротезирования.

Выводы. Таким образом, ларингэктомию с трахеопищеводным шунтированием позволяет восстановить голос и создать источник голосового возбуждения с удовлетворительными акустическими характеристиками.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ГОРТАНИ С ПОМОЩЬЮ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Крехно О.П., Фролов А.С.

Клиническая больница №5,
Тольятти, Россия

В 2005 году заболеваемость раком гортани среди мужчин в Российской Федерации составила 9,2 на 100000 населения, это на 1,1% меньше чем в предыдущем году. Абсолютное число больных с впервые установленным диагнозом рака гортани в 2005 г. составило 6088 человек. В течение многих лет остается стабильной поздняя диагностика заболевания (60-70% составляют III-IV стадии заболевания), несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики. В течение первого года после установления диагноза рака гортани умирают 32,8% больных. Это связано не только с поздней диагностикой, но и с отказом больных от операции. Реабилитация голосовой функции гортани после ларингэктомии по поводу рака гортани позволила бы опосредованно через согласие больных на операцию улучшить результаты лечения этой категории больных.

В настоящей работе мы приводим данные о 47 больных, проходивших лечение в нашем отделении с 2000 по 2008 гг. Им выпол-

нена ларингэктомия с протезированием. Среди пациентов было 45 (95,7%) мужчин и 2 (4,2%) женщины. Средний возраст — 63,2 года. Гистологической формой был плоскоклеточный рак разной степени дифференцировки. Принимая во внимание распространенность опухолевого процесса, стандартная ларингэктомия выполнена 43 (91,2%) больным, комбинированная ларингэктомия — 4 (8,8%)

Нами были использованы 36 Provox и 11 Blom-Singer. Сроки использования их до замены составляли от 12 до 25 месяцев. Средний срок эксплуатации — 1,5 года. В настоящее время не возникает сомнений в том, что после ларингэктомии необходима голосовая реабилитация, позволяющая существенно улучшить качество жизни и социально адаптировать пациента.

ДИАГНОСТИКА

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА «ФОНЕ» МНОГО-УЗЛОВОГО ЗОБА

Белобородов В.А., Олифирова О.С., Чупрова О.В.,
Шабанова Т.Г., Печерица В.И.

Красноярский государственный медицинский университет,
Амурская государственная медицинская академия, Красноярск,
Благовещенск, Россия

Возможности основных методов исследования в диагностике рака ЩЖ (РЩЖ) на «фоне» многоузлового зоба (МУЗ) ограничены, но вместе с тем, их комплексное использование позволяет уточнить характер патологии щитовидной железы (ЩЖ).

Материалы и методы. У 445 больных МУЗ применен метод дискриминантного анализа с математическим моделированием для диагностики РЩЖ. Математическая модель прогноза РЩЖ была разработана при дискриминантном анализе клинико-анамнестических сведений, ультразвуковых и цитологических данных у двух групп больных МУЗ, из которых у 61 были опухоли: [аденома (АЩЖ) и РЩЖ] и у 56 – неопухолевые заболевания: [коллоидный зоб (МУКЗ), аутоиммунный тиреоидит (АИТ)] ЩЖ.

Результаты и обсуждение. На основании расчета соответствующих коэффициентов признаков была создана математическая модель прогноза РЩЖ с электронным вариантом. Оценка возможностей дискриминантного анализа с математическим моделированием прогноза РЩЖ была проведена 445 больным, из которых у 57 был установлен РЩЖ и у 388 – доброкачественные заболевания ЩЖ. Истинноположительные результаты в диагностике РЩЖ составили 53 из 57 (93,0%) больных. Ложноотрицательные результаты получены у 4 больных, у которых фокус РЩЖ располагался среди множественных доброкачественных образований. Ложноположительные результаты были у 28 больных с доброкачественными заболеваниями ЩЖ. В большинстве случаев при доброкачественных заболеваниях ЩЖ (93,8%) установлены истинноположительные результаты.

Заключение. Применение дискриминантного анализа с математическим моделированием в качестве завершающего метода диагностики РЩЖ на «фоне» МУЗ в дооперационном периоде позволило повысить уровень чувствительности до 93,0%, специфичности – до 93,8%, точности – до 93,7%.

ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Быстрова Н.Ю., Фролова И.Г.,
Чойнзонов Е.Л., Быстров С.В.

Научно-исследовательский институт онкологии СО РАМН,
Томск, Россия

Несмотря на то, что область шеи хорошо доступна пальпации, частота клинического выявления метастазов в этих группах лимфатичес-

ких узлов достаточно низкая. Пальпаторно зачастую невозможно провести четкую грань между реактивно и метастатически измененными лимфатическими узлами (за исключением значительных размеров лимфатических узлов).

Целью исследования явилось повышение эффективности диагностики метастатического поражения лимфатического аппарата при злокачественных опухолях головы и шеи.

Проведено ультразвуковое исследование 120 пациентам со злокачественными опухолями головы и шеи. Ультразвуковое обследование пациентов выполнялось на аппаратах Aloka SSD 5500 (Aloka com.) с линейным датчиком частотой 10 МГц, с применением полипозиционного серошкального сканирования (В-режим) и цветового доплеровского картирования (ЦДК) в реальном масштабе времени.

Результаты исследования. Метастатическому поражению лимфатического узла в 69% была свойственна округлая форма, при которой соотношение поперечного и продольного размеров приближалось к 1,0. Структура лимфатических узлов в 33% наблюдений была однородной, эхогенность пониженной в 92%, в 71% визуализировалось расширение кортикального слоя, при этом гиперэхогенная центральная часть полностью отсутствовала, либо отмечалось ее резкое истончение, что было обусловлено тотальным или диффузным замещением лимфоидной ткани на опухолевую. В большинстве случаев отсутствовала дифференцировка коркового вещества и синуса. При УЗДГ в 79,1 % в метастатических лимфатических узлах, которые не содержали некротические массы, отмечалось диффузное повышение васкуляризации с атипичным сосудистым рисунком.

Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов было диагностировано в 86,3 % случаях, лимфоидная гиперплазия в 13,7 %. При этом в 26,6 % при сонографии были выявлены метастатически измененные лимфатические узлы, которые клинически не определялись.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Быстрова Н.Ю., Фролова И.Г.,
Чойнзонов Е.Л., Быстров С.В.

Научно-исследовательский институт онкологии СО РАМН,
Томск, Россия

Состояние лимфатических узлов шеи является одним из важных факторов в определении тактики лечения и его исхода у больных злокачественными опухолями щитовидной железы.

Целью исследования явилось повышение эффективности диагностики метастатического поражения лимфатического аппарата при злокачественных опухолях щитовидной железы.

Проведено ультразвуковое исследование 110 пациентам со злокачественными опухолями щитовидной железы. Ультразвуковое обследование пациентов выполнялось на аппаратах Aloka SSD 5500 (Aloka com.) с линейным датчиком частотой 10 МГц, с применением полипозиционного серошкального сканирования (В-режим) и цветового доплеровского картирования (ЦДК) в реальном масштабе времени.

Результаты исследования. При анализе сонографических признаков измененных лимфатических узлов выявлено, что метастатически пораженные лимфатические узлы при папиллярном раке щитовидной железы имели неоднородную структуру в 89,1%, обусловленную наличием кальцинатов, псаммомных телец. При фолликулярном раке метастатически измененные лимфоузлы в 93,3% имели однородную структуру. При медуллярном раке лимфатические узлы имели неправильную форму в 75,5%, неровные 72,7% и нечеткие контуры 63,6%. Неоднородность структуры зависела от наличия амилоида. Независимо от гистологического варианта рака щитовидной железы, в большинстве случаев метастатические лимфатические узлы имели округлую форму, отмечалось нарушение дифференцировки коркового вещества и синуса. При УЗДГ в 79,6% в метастатических лимфатических узлах, которые не содержали некротические массы, отмечалось диффузное повышение васкуляризации с атипичным сосудистым рисунком.

Таким образом, комплексное ультразвуковое исследование является высоко информативным методом в диагностике и дифференциальной диагностике лимфогенного метастазирования рака щитовидной железы, с чувствительностью метода 90%. В 19% случаев при сонографии были выявлены метастатически измененные лимфатические узлы, которые клинически не определялись.

ОПЫТ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Вельшер Л.З., Решетов Д.Н., Стаханов М.Л.,
Цалко С.Э., Мазурова М.П.*

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра онкологии и лучевой терапии, Москва, Россия

В своем исследовании мы изучали диагностические возможности метода аутофлуоресцентного исследования злокачественных опухолей щитовидной железы.

Суть аутофлуоресцентного исследования: при облучении исследуемого участка ткани лазерным излучением красного цвета (длина волны 635 нм) происходит фотохимическая реакция в молекулах порфиринов, входящих в структуру клеток и тканей (нуклеотиды, гемоглобин, миоглобин, цитохромы и др.). Возбужденные молекулы при возвращении к своему обычному состоянию выделяют квант света. В результате формируется собственное, эндогенное, аутофлуоресцентное излучение, по физическим параметрам отличное от исходного, возбуждающего.

Чем более интенсивно делятся клетки, тем ярче исходящее от них аутофлуоресцентное излучение. При этом интенсивность аутофлуоресценции позволяет достоверно судить о характере пролиферативных процессов в исследуемом участке тканей: физиологическая пролиферация; заживление раневого дефекта, доброкачественная или злокачественная опухоль и т.д.

Мы исследовали 13 операционных препаратов щитовидной железы, удаленных по поводу злокачественных опухолей. Исследование выполняли непосредственно после удаления органа в процессе операции (в течение 30 минут).

В качестве диагностического критерия мы оценивали соотношение аутофлуоресценции опухоли и окружающей неизменной ткани.

Во всех наблюдениях (100%) таковое соотношение превышало 30% (эмпирически установленный пороговый уровень аутофлуоресценции, свидетельствующий о высокой пролиферативной активности в образовании).

Полученные данные полностью согласуются с результатами аутофлуоресцентных исследований злокачественных опухолей других локализаций.

Результаты позволяют проводить дальнейшие углубленные исследования по перспективам использования метода для срочной интраоперационной диагностики рака щитовидной железы.

РАДИОНУКЛИДНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

*Зельчан Р.В., Синилкин И.Г., Тицкая А.А.,
Чижевская С.Ю., Чернов В.И., Чойнзонов Е.Л.*

*ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН,
Томск, Россия*

Цель исследования. Изучение возможностей однофотонной эмиссионной компьютерной томографии с ^{99m}Tc -МИБИ (ОЭКТ) в диагностике злокачественных опухолей гортани и гортаноглотки.

Материалы и методы. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография с ^{99m}Tc -МИБИ была выполнена 25 больным раком гортани или гортаноглотки T2-4N0-1M0. Исследование проводилось через 20 и 120 мин после внутривенной инъекции препарата. Из общего числа обследованных 9 пациентам проводилась повторная ОЭКТ после двух курсов неoadъювантной химиотерапии. В контрольную группу вошли 20 условно здоровых женщин, проходивших обследование по поводу иного заболевания (фиброзно-кистозная мастопатия и другие доброкачественные образования). По результатам исследования рассчитывали индекс опухоль/фон на ранних и отсроченных сцинтиграммах.

Результаты. В контрольной группе ни у одного из пациентов не было выявлено участков асимметричной гиперфиксации индикатора в гортани. Патологическое накопление ^{99m}Tc -МИБИ в проекции опухоли визуализировалось у 24 больных раком гортани или гортаноглотки из 25. Таким образом, чувствительность метода составила 96%. В группе пациентов получивших химиотерапевтическое лечение, у 8 больных после проведения повторного исследования было отмечено снижение накопления препарата в опухоли, при этом индекс опухоль/фон ранний уменьшался с $2,05 \pm 1,56$ до $0,9 \pm 0,45$ ($p=0,01$), поздний с $1,35 \pm 1,04$ до $0,58 \pm 0,35$ ($p=0,01$). У одного больного определялось существенное повышение накопления индикатора в опухоли, в 2 раза превышающее исходное значение, что было расценено как прогрессирование патологического процесса.

Выводы. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография с ^{99m}Tc -МИБИ может применяться в диагностике злокачественных новообразований гортани и гортаноглотки, а также может быть использована для оценки эффективности химиотерапевтического лечения таких пациентов.

ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПАПИЛЛЯРНОМУ И ФОЛЛИКУЛЯРНОМУ РАКУ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Казубская Т.П.

*ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
Москва, Россия*

Хотя папиллярный и фолликулярный рак щитовидной железы (РЩЖ) является наиболее частой формой рака этой локализации, не так много данных известно о его наследственном эквиваленте.

Цель работы. Определить роль наследственной предрасположенности к папиллярному и фолликулярному РЩЖ, выделить его наследственные варианты, изучить их генетическую гетерогенность и разработать тактику медико-генетического консультирования при разных его формах.

Материалы и методы. В исследование включены 140 больных с гистологически подтвержденным РЩЖ и 912 родственников 1-й степени родства. У анализируемых больных в 74% случаев наблюдался папиллярный рак, в 3% — фолликулярный и папиллярно-фолликулярный в 23%. Для удобства анализа эти гистологические формы объединены в немедуллярный РЩЖ (НМРЩЖ).

Результаты. Установлено, что риск развития НМРЩЖ у женщин выше, чем у мужчин (соотношение мужчин и женщин — 1:5). Возраст

диагностики заболевания составил в среднем 47,7 лет, однако у 78% больных первые признаки заболевания возникали на 6-7 лет раньше. У больных НМРЩЖ обнаружена выраженная тенденция к поражению различных органов, частота первично множественных злокачественных опухолей составила 5,4%, во много раз превысив аналогичную частоту в популяции (0,003%). Изучение заболеваний родственников из семей этих больных показало, что 4% из них поражаются различными злокачественными неоплазиями и 3,2% имеют различные доброкачественные опухолевые и не опухолевые заболевания щитовидной железы. Установлено, что НМРЩЖ имеет семейный компонент. Сегрегация папиллярного РЩЖ обнаружена в 1,4% случаев. Возраст развития семейного папиллярного РЩЖ (в среднем 32,1 года) оказался много моложе общей выборки больных НМРЩЖ, показывая более тяжелый фенотип. Выявленные семейные случаи папиллярного РЩЖ отнесены к синдрому семейного папиллярного РЩЖ, при котором поражается только ткань щитовидной железы. Среди анализируемых больных распознаны наследственные синдромы предрасполагающие к развитию НМРЩЖ и характеризующиеся поражением многих органов: синдром Каудена, синдром семейного аденоматозного полипоза (Гарднера) и синдром множественной эндокринной неоплазии 1 типа (МЭН1). На основе проведенного анализа наследственных форм НМРЩЖ и обзора современных молекулярных исследований было предположено существование общих закономерностей в поражении тканей: щитовидной железы, почки, молочной железы, кожи (меланомы), нервной системы и толстой кишки в семьях больных НМРЩЖ. Обнаруженные ассоциации должны учитываться при анализе семей больных этим заболеванием. Предложены рекомендации ведения больных с наследственными формами РЩЖ.

Заключение. Папиллярный и фолликулярный РЩЖ имеет комплексную этиологию, и генетические факторы играют важную роль в их развитии.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРТАНИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА

Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М., Мулярец М.В.

Онкологический клинический диспансер №1, Москва, Россия

Среди злокачественных опухолей головы и шеи рак гортани занимает первое место.

Эффективность лечения онкологических больных и прогноз определяются своевременной диагностикой заболевания, оценкой распространенности границ опухоли и адекватными лечебными мероприятиями. Одним из методов диагностики рака гортани является эхосонаграфия органа.

Материалы и методы. Наш опыт основан на ультразвуковом исследовании гортани у 265 человек: у 215 больных со злокачественными опухолями гортани и 50 человек без опухолевых образований в органе.

Исследование пациентов проводили на аппарате Biomedica линейным мультисекторным датчиком 7,5 МГц.

В контрольной группе, изучены эхосонаграфические особенности структуры гортани.

Ультразвуковое исследование гортани проведено у 215 человек для уточнения распространенности первичной опухоли, выявления инфильтративной формы роста рака и верификации опухоли посредством пункции под контролем УЗИ.

Результаты. Из 215 больных с опухолью гортани по данным эхосонаграфии у 71% выявлена смешанная и эндофитная форма рака. Среди них у 47% больных выявлена деструкция пластинок щитовидного и перстневидного хрящей, инфильтрацией мягких тканей и органов шеи.

Полученные данные ультразвукового исследования указывали на необходимость расширения объема операции или изменения метода лечения. У ряда больных исследование гортани было затруднено из-за острого угла и выраженного окостенения щитовидного хряща.

Заключение. Таким образом, эхосонаграфия гортани позволяет выявить рак, установить распространенность опухоли на подлежащие

ткани и получить информацию о необходимости изменения объема операции или метода лечения.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М., Юдин А.Л., Кушхов О.А.-К.

Онкологический клинический диспансер №1, ГОУ ВПО РГМУ, Москва, Россия

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения при раке гортани.

Материалы и методы. Материалом нашей работы явились результаты обследования 74 человек раком гортани: мужчин 71 (95,9%), женщин 3 (4,05%). Возраст больных варьировал в пределах от 39 до 72 лет.

Всем пациентам было проведено комплексное клиническое обследование. Во всех случаях выполнялась непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия, рентгенологическое исследование гортани и УЗИ исследование. Кроме того, в обязательном порядке назначалась мультиспиральная рентгеновская компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием. Исследование проводилось на томографе NXi AAA (General Electric), срезами толщиной 3 мм при фоновом во время непрерывного произношения звука «и» до и после внутривенного болюсного введения контрастного препарата.

Результаты. Хирургическое лечение проведено у 67 (90,5%) больных раком гортани, химио — лучевое у 7 (9,5%) человек в связи с нерезектабельностью опухоли из-за обширного распространения.

По результатам полученным данными МСКТ у 23 (34,3%) больных изменен объем операций. Изменение объема операций варьировалось от расширения границ резекций органа — гортани, до увеличения объема операций с резекцией рото, гортаноглотки, трахеи или пищевода, в зависимости от вовлечения того или иного органа в опухолевый процесс. У 2-х (3,0%) больных изменена тактика лечения. Из-за инфильтративного роста опухоли с высоким поражением ротоглотки (до уровня миндалин) вместо планируемого хирургического лечения больные получили химио-лучевое лечение.

Выводы. МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием является высокоинформативным методом диагностики рака гортани, позволяющим точно оценить распространенность опухоли, выбрать метод лечения и объем оперативного вмешательства.

НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ — ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ (ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ)

Махсон А.Н., Брандт Н.Б., Новожилова Е.Н., Баранов А.Н., Новожилов М.В., Миронова Г.А., Скориков М.В.

Московская городская клиническая онкологическая больница № 62, МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Актуальность. Ежегодно в России регистрируют около 500 тыс. больных с впервые выявленными злокачественными опухолями. Одним из приоритетных направлений научных исследований является разработка новых методов ранней диагностики.

Нами был разработан и апробирован лазерный корреляционный спектрофотометр (ЛКС) «Онрис-1», позволяющий получать информацию о свойствах молекул сыворотки крови, а так же спектрах их внутримолекулярной динамики.

Материалы и методы. исследование проводилось на базе Московской городской онкологической больницы № 62 слепым методом. Образцы крови перед лабораторным исследованием зашифровывались. После завершения обследования производилось сравнение клинического и морфологического диагноза с результатами ЛКС.

Результаты исследования. В исследование включены 904 человека в возрасте от 17 до 84 лет. Основную группу составили 788 больных, которые поступили в больницу с подозрением на опухоль. Контрольная группа включала 116 добровольцев, без каких либо жалоб (сотрудники больницы и их родственники). Было установлено, что у 580 (73,6%) из 788 пациентов, госпитализированных в больницу, имели место злокачественные опухоли, у 184 (23,3%) — доброкачественные, у 25 (3,1%) выявлены неопухолевые заболевания.

Величина обобщенного показателя R(риск) характеризовала наличие патологического процесса, не дифференцируя онкологические и не онкологические новообразования. Для дифференциальной диагностики злокачественных и доброкачественных опухолей потребовалось изучение спектров внутримолекулярной динамики.

Оценка результатов тестирования в зависимости от стадии позволила прийти к заключению, что величина опухоли существенно не влияет на результаты исследования, т.е. метод не обладает стадийно-специфичностью. Ложноотрицательные результаты встречались примерно с одинаковой частотой при всех стадиях.

В качестве модели плоскоклеточных раков мы проанализировали группу больных с опухолями головы и шеи — (68 чел.). Чувствительность метода составила 85,8 %, ложноотрицательных ответов было 14,2%.

Мы попытались оценить возможности метода в мониторинге эффективности лечения. Обследовано 44 больных со злокачественными опухолями различных локализаций. На 10 сутки после операции у всех больных лабораторный показатель оставался в зоне риска. Через 1 месяц у половины обследованных лабораторные показатели нормализовались.

Выводы. Отмечена эффективность и высокая чувствительность метода в выявлении злокачественных опухолей человека. Метод отличается низкой себестоимостью, малогабаритностью, аппаратуры, высокой скоростью исследований. Развитие его имеет ряд перспектив как при массовом обследовании здоровых людей в режиме скрининга, так и в сочетании с традиционными методами диагностики онкологических заболеваний, а также для оценки эффективности лечения.

ДИАГНОСТИКА РАКА ГОРТАНИ ПРИ ПОМОЩИ СКТ И ОЭКТ

Новикова П.В., Фролова И.Г., Чойнзонов Е.Л.,
Чижевская С.Ю., Синилкин И.Г.

НИИ онкологии СО РАМН,
Томск, Россия

Актуальность. Методы лучевой диагностики злокачественных опухолей гортани позволяют правильно оценить распространенность первичного патологического процесса и рецидивных злокачественных образований гортани. Изучить возможности использования динамической контрастированной спиральной компьютерной томографии и однофотонно-эмиссионной компьютерной томографии в диагностике и оценке эффекта лучевого и химиолучевого лечения у больных раком гортани.

Материалы и методы. Проведено исследование 21 пациента со злокачественными опухолями гортани на спиральном компьютерном томографе «Somatom Emotion 6». ОЭКТ гортани выполнено с ^{99m}Tc -Технетрилом. Для получения совмещенных изображений использовались одинаково расположенные срезы СКТ и ОЭКТ.

Результаты исследования. При анализе полученных данных отмечено, что при локализации опухоли в надсвязочном пространстве характерными компьютерно-томографическими признаками являлись отсутствие или деформация грушевидных синусов, в проекции которых определялось образование. При наличии образования в проекции складочного отдела визуализировалась деформация и утолщение складок, их асимметрия. Реже злокачественный процесс локализовался в подскладочном отделе, когда определялось наличие дополнительного образования ниже складок гортани.

На скинтиграммах накопление ^{99m}Tc — Технетрила в гортани, как правило, было близко по расположению с локализацией накопления при СКТ с динамическим контрастированием. Но более достоверное

заключение о локализации опухолевого образования получали лишь при совмещении обоих методов.

Таким образом, представляется целесообразным использование методов совмещения в диагностике первично выявленных опухолей гортани и рецидивирующих опухолей.

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ СОСУДОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, В АСПЕКТЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ

Степанов С.О., Ратушная В.В.

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава,
Москва, Россия

В общей структуре онкологических заболеваний опухоли головы и шеи занимают около 20%, и их рост продолжается. Показатель летальности на 1-м году от момента установления диагноза при поражении полости рта и глотки составляет 43,8%, а гортани — 32,4%.

Лечение опухолей таких социально и функционально важных локализаций представляет большую проблему. Это связано с преобладанием больных III-IV стадией опухолевого процесса, когда лучевая и химиотерапия как самостоятельные методы лечения резко ограничены. У значительного количества пациентов отмечается радиохимио-резистентность опухолей.

Комбинированный характер онкологических операций и структурные особенности дефектов черепно-челюстно-лицевой и орофарингеальной зон требуют кроме одномоментного восстановления слизистой, надежной изоляции обнаженных магистральных сосудов, а также тампонады полостей, на фоне фиброзных и постлучевых изменений реципиентных тканей лица и шеи с резко ослабленными регенераторными ресурсами. Независимо от вида трансплантата (материала из покровных тканей, включающих кожу, материала со слизистой выстилкой без агрессивного воздействия на окружающие ткани слизистого секрета, васкуляризированного сальникового фрагмента трансплантата) перед его выкраиванием необходимой процедурой является ультразвуковая диагностика реципиентных сосудов, с использованием доплерометрического исследования.

Цель исследования — повысить эффективность лечения и реабилитации онкологических больных путем ультразвуковой диагностики сосудов шеи, а также контроля эффективности микрохирургических операций с помощью ультразвукового исследования области сосудистого анастомоза и пересаженного лоскута.

Задачи. 1. Определить объем ультразвуковой диагностики области микрососудистого анастомоза.

2. Выявить основные ультразвуковые признаки жизнеспособности пересаженного лоскута и возможных осложнений.

В отделении ультразвуковой диагностики отдела лучевых методов исследования МНИОИ им. П.А. Герцена модифицирована технология доплерометрического и доплерографического исследования сосудов бассейна наружной сонной артерии при злокачественных опухолях головы и шеи.

Обследовано 50 больных с опухолевой патологией головы и шеи, которым была проведена микрохирургическая пластическая операция, на послеоперационном этапе.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах:

- ультразвуковой диагностики, укомплектованный линейными датчиками с частотой 9-4МГц и 13-5МГц, «Тошиба Медикал Системз» (Нидерланды) № 98/424 и № 98/963;
- ультразвуковой диагностики LOGIQ e «General Elektriks», укомплектованный линейным датчиком 9-4МГц.

При исследовании 50 прооперированных пациентов с выполненной микрохирургической пластикой, учитывая угрозу вероятности сосудистых осложнений лоскута в ранний послеоперационный период разработана тактика динамического ультразвукового исследования. Исследование проводилось на первые, третьи и седьмые сутки после микрохирургической операции. На первые и третьи сутки в пересаженном лоскуте определялись отчетные изменения клетчатки, кото-

рые не позволяли увидеть артериальные анастомозы менее 1,5 мм в диаметре и венозные анастомозы в режиме серой шкалы ультразвукового исследования. При минимальном нажатии датчиком на лоскут эти анастомозы определялись с помощью энергетического доплера. Из 50 пациентов, перенесших микрохирургическую пластику — на первые сутки ни у одного пациента не было диагностировано сосудистых осложнений. На третьи сутки у двух пациентов был выявлен тромбоз венозного микроанастомоза.

На третьи и седьмые сутки у 6 пациентов определялись гематомы с лизированным содержимым до 1,5-3 см в области сосудистых анастомозов, не приводящих к нарушению кровотока в аутоотрансплантате.

Выводы. Использование ультразвуковой технологии визуализации кровотока, обеспечивающей высокую чувствительность, контрастность изображения просвета функционирующих сосудов и скоростные показатели кровотока на послеоперационном этапе позволяет предотвратить ранние осложнения сосудистых анастомозов и области аутоотрансплантата.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОРТАНИ

Панкова О.В., Черемисина О.В., Перельмутер В.М.

НИИ онкологии СО РАМН,
Томск, Россия.

Исследовался цитологический и гистологический материала 78 пациентов с хронической патологией гортани (хронический гиперпластический ларингит, папилломатоз и доброкачественные новообразования). У 46 (59 %) пациентов выявлена дисплазия эпителия различной степени тяжести. Дисплазия I степени отмечалась у 15 человек, II — у 19 и III степени — 12 человек. У 22 (28 %) больных диагностирован плоскоклеточный рак. Морфологическое исследование показало, что у 21 (45,6 %) пациента дисплазия наблюдалась на фоне плоскоклеточной метаплазии респираторного эпителия. При дисплазии эпителия I степени плоскоклеточная метаплазия отмечена у 4 (26,6 %) больных, II — 5 (26,3 %). Тяжелая дисплазия сопровождалась плоскоклеточной метаплазией в 91,6 % случаев (11 больных).

У 22 больных с установленным диагнозом рака гортани и впоследствии прооперированных, при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала вне опухоли во всех случаях была выявлена не только дисплазия, но и плоскоклеточная метаплазия. Поэтому пациенты с плоскоклеточной метаплазией должны быть отнесены в группу повышенного риска развития рака верхних дыхательных путей так же, как и пациенты с диспластическим процессом.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СЕМИОТИКИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ ОРБИТЫ

Панова И.Е., Павленко Е.С., Зотова А.С., Важенина Д.А.

ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» — клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии»,
Южно-Уральский научный центр РАМН, Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования,
Челябинск, Россия

Задачи исследования. Уточнение основных ультразвуковых признаков неходжкинских злокачественных лимфом (НХЗЛ) орбиты.

Материалы и методы. За период с 2000-2008 гг. под наблюдением находилось 32 пациента с первичными злокачественными опухолями орбиты. Диагноз НХЗЛ был выставлен 15 пациентам (47%), из них мужчин —, женщин — 8. Средний возраст больных составил 75,01 ± 5,3 лет. У всех пациентов было проведено иммуногистохимическое исследование биопсийного материала. Комплексное ультра-

тразвуковое исследование (УЗИ) орбит проведено всем пациентам. Информативность УЗИ оценивалась на основе определения чувствительности, специфичности и точности, рассчитанным по стандартным формулам.

Результаты. При серошкальном ультразвукографическом исследовании лимфопрлиферативные поражения орбиты характеризовались локализацией в наружном хирургическом пространстве, с пристеночным распространением, окутыванием орбитальных структур (глазного яблока, зрительного нерва, глазодвигательных мышц), неправильной формой, пониженной эхогенностью, неоднородной эхоструктурой, преимущественно за счёт диффузной неоднородности, чёткими, но неровными контурами, отсутствием капсулы. При исследовании кровотока в режимах цветное доплеровское картирование (ЦДК) и энергетическая доплерография (ЭД) лимфопрлиферативные поражения орбиты отличались умеренной или выраженной васкуляризацией, преимущественно периферическим (58,3%), реже смешанным, в единичном случае центральным типами локализации «цветовых локусов» в опухоли, артериальным типом кровотока, отсутствием питающих сосудов. При исследовании кровотока в импульсно-волновом доплеровском режиме лоцировался преимущественно высокоскоростной (58,3%), реже средне- или низко-, средне- и высокоскоростной, в единичном случае — низко- и среднескоростной, преимущественно низкорезистентный (66,7%), реже — среднерезистентный, в единичном случае — высокорезистентный поток. Полученные данные показали, что чувствительность, специфичность и точность УЗИ в выявлении НХЗЛ составили 96,72 и 86% соответственно.

Выводы. Выявленные ультразвукографические признаки, позволяющие судить о лимфопрлиферативном характере поражения, необходимо учитывать в диагностике и дифференциальной диагностике новообразований орбиты.

ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЯДА СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕАССОЦИИРОВАННЫХ МАРКЕРОВ (ОМ), ЦИТОКИНОВ И ИХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ НАЗО-ОРО-ФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ (ПРНОФЗ)

Парилова Н.К., Маршуткина Н.В., Сергеева Н.С.,
Солохина М.П., Зенкина Е.В., Решетов И.В.

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий,
Москва, Россия.

С целью поиска ОМ для мониторинга больных ПРНОФЗ и новых мишеней для патогенетической терапии исследованы уровни маркеров плоскоклеточных раков SCC и Cyfra 21-1, а также фактора некроза опухолей TNF- α , его рецепторов (TNFRI и TNFRII) и эпидермального фактора роста (EGF) в сыворотке крови 35 больных ПРНОФЗ и 32 здоровых доноров.

Материалы и методы. Уровни маркеров определяли иммуноферментным методом: SCC - Abbott (USA); Cyfra21-1 - DRG (Germany); EGF, TNF- α - Invitrogen(USA); TNFRI и TNFRII - R&D Systems (USA). В качестве дискриминационного уровня (ДУ) для SCC использовали: 1,5 нг/мл, Cyfra 21-1 - 2,8 нг/мл, EGF - 86,0 пг/мл.

Результаты. Установленные ДУ TNF- α , TNFRI и TNFRII составили: 0,0-19,9 пг/мл, 1000,0-2000,0 пг/мл и 1000,0-3500,0 пг/мл, соответственно. У больных ПРНОФЗ средние значения ОМ равнялись: SCC — 1,09 ± 0,22 нг/мл, Cyfra 21-1 — 1,79 ± 0,38 нг/мл, TNF- α — 11,3 ± 1,1 пг/мл, TNFRI — 1684,5 ± 57,5 пг/мл, TNFRII — 2832,7 ± 140,0 пг/мл, EGF — 130,3 ± 10,2 пг/мл. Диагностическая чувствительность исследованных маркеров в этой группе составила: SCC — 20,0%, Cyfra 21-1 — 17,1%, TNF- α — 3,7%, TNFRI — 18,5%, TNFRII — 18,5%, EGF — 72,4%. При соотнесённом определении SCC и Cyfra 21-1 чувствительность возрастала до 34,3%. Ни для одного из исследованных маркеров не было установлено зависимости средних уровней и диагностической чувствительности от стадии опухолевого процесса.

Выводы. Поиск ОМ для мониторинга больных ПРНОФЗ остается актуальным. В то же время, EGF- и TNF- зависимые сигнальные пути у ряда больных могут стать мишенями для патогенетической терапии.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ

Яковец Ю.И., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Остапенко Ю.В., Темниченко Д.П., Дьячков О.Н.

*Донецкий областной противоопухолевый центр,
Донецк, Украина*

Цель. Проанализировать опыт хирургического лечения узловых образований щитовидной железы.

Материалы и методы. За период с 2005 г. по настоящее время в Донецком противоопухолевом центре прооперировано 356 больных с подозрением на рак щитовидной железы. Больным проводили: пункционную биопсию, изотопное исследование, исследование комплекса гормонов щитовидной железы и гипофиза. Пункционная биопсия подтвердила наличие рака у 105 больных (29,5%). Характер хирургических вмешательств был следующим: гемитиреоидэктомия с резекцией перешейки выполнена 159 больным (44,7%), субтотальная резекция - 6 больным (1,7%), тиреоидэктомия произведена 191 больному (53,7%). Оперативные вмешательства, выполненные у больных раком щитов железы у 10 пациентов, носили паллиативный

характер, что составило 7,9% от их общего числа. При патогистологическом исследовании диагноз рака щитовидной железы установлен у 127 (35,8 %) больных. Остальные 229 (64,2 %) пациентов, оперированы по поводу различных доброкачественных заболеваний щитовидной железы, сопровождающихся узлообразованием ее паренхимы. До операции всем больным проводились УЗИ и тонкоигльная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием полученного материала. Всего рак щитовидной железы по данным гистологического исследования удаленных препаратов констатирован в 92 (100%) случаях. Из них у 18 (19,6%) больных до операции был диагностирован доброкачественный процесс, и планировалось выполнение органосохраняющей операции. Однако после проведения интраоперационного патогистологического исследования у этих пациентов выявлен рак щитовидной железы, что позволило принять решение о выполнении большей по объему радикальной операции. Распределение больных раком щитовидной железы по стадиям было следующим. У 50 пациентов диагностирована I стадия заболевания, что составило 39,4% от их общего числа. У 41 пациента – II стадия (32,3 %), у 14 – III стадия (11%), и у 22 – IV стадия (17,3 %) соответственно.

Выводы. Учитывая низкую информативность как отдельных методов диагностики щитовидной железы, так и их совокупности, с нашей точки зрения, к любому узловому образованию щитовидной железы необходимо относиться как к потенциальному раку. Внедрение в клиническую практику интраоперационного патогистологического исследования опухолевых образований щитовидной железы вне зависимости от результатов предоперационных обследований позволяет снизить частоту диагностических ошибок и выполнить радикальный объем оперативного вмешательства.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАДИОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ГОРТАНИ

Андреев В.Г., Панкратов В.А., Гулидов И.А., Рожнов В.А., Барышев В.В., Вдовина С.Н., Буякова М.Е.

ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных местно-распространенным радиорезистентным раком гортани на основе совершенствования методик предоперационного лучевого воздействия в сочетании с модифицирующими средствами и одновременным использованием полихимиотерапии.

Материалы и методы. Исследование основывается на результатах обследования и лечения 400 больных раком гортани с распространенностью опухолевого процесса Т3-4N0-3M0, которым одновременно с лучевой терапией проведена системная полихимиотерапия в сочетании с различными физическими модификаторами: (локальная гипертермия, лазерное излучение, воздействие постоянным магнитным полем). У 180 пациентов определены радиорезистентные опухоли. Им на 2-ом этапе проведено хирургическое лечение. Контрольную группу составили 323 пациента, которые были пролечены по аналогичным методикам (модификаторы, режимы фракционирования), но без включения в схему лучевого лечения системной полихимиотерапии.

Результаты. Безрецидивная и общая выживаемость во всей исследуемой группе, где с целью радиосенсибилизации опухоли применялась одновременно с предоперационной лучевой терапией системная ПХТ на фоне физических радиомодификаторов, была значительно выше, и составила соответственно $79,4 \pm 5,9\%$ (144 из 180 больных), и $82,8 \pm 2,8\%$ (149 из 180 пациентов). В контрольной группе данные показатели были следующими: безрецидивная выживаемость $47,4 \pm 2,8\%$ (153 из 323 больных); $p < 0,001$, а общая выживаемость $51,5 \pm 2,8\%$ (167 из 323 пациентов); $p < 0,001$.

Выводы. Применение системной полихимиотерапии одновременно с предоперационной лучевой терапией и различными физическими средствами радиомодификации, даже при выявлении радиорезистентности опухоли, позволяет существенно повысить эффективность комбинированного лечения и увеличить продолжительность жизни больных с местно-распространенным радиорезистентным раком гортани.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНОГЛОТКИ

Болотина Л.В., Кравцов С.А., Корниенко А.Л.

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, Москва, Россия.

К моменту поступления в специализированные медицинские учреждения значительная распространенность опухолевого процесса (Т3-4N0-2M0) при раке гортаноглотки диагностируется в 75% слу-

чаев. Это приводит к тому, что, несмотря на проведение предоперационной лучевой/химиолучевой терапии, хирургическое лечение в большинстве случаев носит обширный калечащий характер, включающий удаление органа и прилежащих анатомических образований. По данным литературы, проведение индукционной химиотерапии (ХТ) в сочетании с лучевой терапией и хирургическим вмешательством позволяет сохранить орган и его функцию, что ведет к улучшению качества жизни без ухудшения онкологического результатов.

Задача исследования. Оценить эффективность индукционной химиотерапии в лечении рака гортаноглотки.

Материалы и методы. Исследование проводится на базе отделения химиотерапии МНИОИ им. П.А. Герцена. В настоящее время в него включено 4 человека в возрасте от 50 до 59 лет. У всех пациентов диагностирован плоскоклеточный рак гортаноглотки Т3-4N1-2M0. Лечение проводилось по схеме: цисплатин 80 мг/м^2 — 1 день; гемцитабин 1250 мг/м^2 — 1 и 8 дни. Интервал между курсами 21 день. Всем пациентам проведено по 6 курсов химиотерапии. Эффективность лечения оценивалась на основании данных компьютерной и магнитно-резонансной томографии, эндоскопического и ультразвукового исследований после каждого четкого курса.

Результаты. Резорбция опухоли более чем на 60% (RECIST) зарегистрирована у всех пациентов. Наилучший ответ опухоли на лечение отмечался со стороны первичного очага, при этом максимальные темпы регрессии выявлены в течение первых 4 курсов ХТ. Метастатические лимфатические узлы отвечали на терапию значительно хуже, максимальные темпы резорбции достигались в процессе последних 3-х курсов ХТ. В настоящее время всем пациентам начато проведение лучевой терапии по радикальной программе в последующем планируется выполнение лимфаденэктомии.

Выводы. Проведение индукционной ХТ у пациентов с местно-распространенным раком гортаноглотки позволяет достичь более чем 50% резорбции опухоли. Это дает возможность предпринять попытку органосохранного лечения.

ЛОКАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ «ЦИСПЛАЦЕЛОМ» ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Бычковский П.М., Ваккер А.В., Юркович Т.Л., Беляев С.А.

НИИ ФХП БГУ, РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, Минск, Белоруссия

Вследствие компактного расположения органов на голове и шее 70-80% больных с новообразованиями этой локализации, обращаются за помощью с процессами соответствующими Т3-4. Эта же компактность жизненно важных органов не позволяет у ряда больных достаточно радикально удалить новообразования, что является причиной значительного числа рецидивов.

Послеоперационная химиолучевая терапия в подобных случаях возможна не всем больным, так как она проведена до операции и была недостаточно эффективна. У таких больных возможны и целесообразны, только какие-то локальные воздействия.

Материалы и методы. В НИИ ФХП БГУ в Минске разработан

препарат «Цисплацел» для локальной химиотерапии. Препарат представляет собой салфетки трикотажного полотна размером 1,5х1,5 и 3,0х5,0 см белого или желтого цвета, без запаха. Основу препарата составляет окисленная оксидом азота целлюлоза, обладающая кровоостанавливающим действием и способностью рассасываться в тканях организма в сроки, зависящие от степени ее окисления. На указанную тканевую основу иммобилизован противоопухолевый препарат цисплатин в концентрации $1 \pm 0,15$ мг/см², салфетки простерилизованы γ -лучами и упакованы в герметично запаянные пакеты.

Если во время операции не удалось радикально удалить опухоль (спаянность с сосудами, прорастание в мышцы), на ткани, где клинически недостаточно радикально удалена опухоль, в 1-2 слоя укладываются салфетки «Цисплацела», и рана ушивается наглухо.

Результаты. В ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова с 2001 по 2008 гг. «Цисплацел» применен у 63 пациентов после клинически недостаточного радикального удаления распространенных новообразований носа и его придаточных пазух, орбиты, околоушной области и особенно часто при удалении метастазов на шее. Препарат укладывался на мягкие ткани, нервные стволы, клетчатку орбиты и другие. Ни у одного больного не отмечено каких-либо общих и местных реакций, раздражения и некроза тканей. Отделяемое из раны не увеличивалось. Раны заживали первичным натяжением в обычные сроки. Пребывание в стационаре не удлиннялось.

Рецидивы опухолей в исследуемой группе возникли на 25-40% реже чем в контрольной. Лучшие результаты отмечены у больных получивших локально 60-70 мг цисплатина.

Выводы. Приведенные данные исследования показывают, что местное применение салфеток «Цисплацела» в дозе 20-75 мг безболезненно, не вызывает общую реакцию организма и местное раздражение тканей, не ухудшает заживление ран и уменьшает число рецидивов опухоли.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЧЕТАННОЙ ФОТОННО-НЕЙТРОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ В УРАЛЬСКОМ НЕЙТРОННОМ ЦЕНТРЕ

Важенин А.В., Мокичев Г.В., Лукина Е.Ю., Мунасилов З.З., Кузнецова А.И.

ГЛПУ Челябинский областной онкологический диспансер
Уральская клиническая база ФГУ «Российского научного центра рентгенорадиологии» Министерства здравоохранения РФ,
ПНИЛ «Радиационная онкология» ЮУНЦ РАМН,
РФЯЦ ВНИИТФ — Федеральный ядерный центр
им. акад. Е.И. Забабахина,
Челябинск, Россия

Актуальность. Применение нейтронов в онкологии показывает новые принципиальные возможности деструкции злокачественной опухоли, особенно это касается это радиорезистентных опухолей, запущенных и метастатических процессов и позволяет обеспечить достаточный онкологический радикализм при лучевой терапии ряда злокачественных опухолей в области головы и шеи, благодаря радио-биологическим особенностям своего действия.

Задачи исследования. Оценка пятилетней выживаемости больных со злокачественными опухолями головы и шеи после проведения курса сочетанной фотонно — нейтронной терапии (СФНТ).

Материалы и методы: Проанализирован опыт лечения 256 больных с первичными и рецидивными опухолями головы и шеи T2–T4, метастатическими поражениями лимфатических узлов шеи. В основной группе (n=256) проводился курс СФНТ, медиана срока наблюдения 48 мес. (от 12 до 60 мес.). При этом у 166 больных (65%) отмечены местно- распространенный процесс. В группе сравнения (n=1220) проводился курс гамма терапии по традиционным методикам. Вклад нейтронного облучения в общий курс лучевой терапии от 18% до 25%.

Высокая проникающая способность нейтронного пучка, получаемого на генераторе НГ-12, позволила существенно расширить воз-

можности нейтронной терапии по сравнению с традиционными методами лучевого лечения.

Результаты. Общая однолетняя выживаемость больных, прошедших курс СФНТ при всех локализациях составила 95%, трёхлетняя — 86%, пятилетняя — 78%. В группе сравнения соответственно: 71%; 49%; 41%. Общая однолетняя безрецидивная выживаемость составила 88%, трёхлетняя — 58%, пятилетняя — 48 %, в группе сравнения соответственно 61%, 31%, 23%. 5-летняя безрецидивная выживаемость при раке гортани оказалась выше на 33% по сравнению с группой контроля, при раке полости рта на 15%, раке носоглотки пятилетняя выживаемость улучшилась на 35% , при опухолях слюнных желез на 42%. Не совсем удовлетворительные результаты лечения получены при раке ротоглотки, языка и гортаноглотки. Для улучшения эффективности лечения в программу смешанной фотонно-нейтронной терапии с 2006 г. была включена химиорадиомодификация с применением препаратов платины в 1, 22 и 43 дни лечения в дозе 100 мг/м². Это позволило улучшить показатель однолетней безрецидивной выживаемости до 100%, двухлетней до 94%.

Выводы. СФНТ является актуальной и перспективной медицинской технологией, имеющая важное научно- практическое значение. По критерию оценки отдаленных результатов лечения эта методика позволила повысить пятилетнюю безрецидивную выживаемость по всем локализациям в среднем до 48%, не превышая уровень толерантности окружающих опухоль нормальных тканей. Применение СФНТ создает условия для проведения органосохранного лечения ряда злокачественных опухолей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И РОТОГЛОТКИ

Важенин А.В., Шарабура Т.М., Гладков О.А., Лукина Е.Ю., Сычёв В.И.

ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», Клиническая база ФГУ «Российского научного центра рентгенорадиологии» Росздрава РФ,
ГОУ ВПО «Челябинская Государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию»,
Челябинск, Россия

Цель исследования. Оценка эффективности и токсичности хими-лучевой терапии (ХЛТ) с различными режимами введения цисплатина в сравнении с лучевой терапией (ЛТ) при местно-распространённом раке слизистой оболочки полости рта и ротоглотки.

Материал и методы. Рандомизировано 90 больных I группы ХЛТ. В группе IA цисплатин в дозе 6 мг/м² вводился ежедневно. В группе IB цисплатин вводился 1 раз в неделю в дозе 40 мг/м². В группе IC цисплатин вводился 1 раз в 3 недели в дозе 100 мг/м². Лучевая терапия проводилась по 2Гр 5 дней в неделю до суммарной дозы 68-70 Гр. В исследуемые группы вошло по 30 больных. Группу контроля (II) составили 90 больных, получивших ЛТ.

Результаты. Общий эффект составил 94,4 и 55,5% соответственно в I и II группах, (р < 0,0001). Общая непосредственная эффективность лечения составила: в группе IA — 96,7%, в группах IB и IC — 93,4%, полный ответ отмечен в 33, 36,6 и 26,6% соответственно.

Наиболее частыми побочными эффектами при ХЛТ являлись гранулоцитопения, слабость, тошнота и стоматит. Тошнота и рвота встречались чаще и в более тяжелой степени у больных IA группы.

Не получено достоверных различий в выживаемости и времени до прогрессирования в зависимости от схемы введения цисплатина.

Выводы. Отмечена более высокая непосредственная эффективность ХЛТ в сравнении с ЛТ при повышении уровня токсичности.

АНАЛИЗ МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА РОТОВОГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ

Глотов С.С., Вихлянов И.В., Голубцов В.Т.,
Гликенфрейд Г.М., Матвиенко К.Н., Самсонова О.А.,
Зоркина Ю.Н., Артамонова А.В.

ГУЗ Алтайский краевой онкологический диспансер,
Барнаул, Россия

В настоящее время в связи с отсутствием единого подхода к выбору оптимальных методов лечения рака ротоглотки, неоднократным изменением методик лечения на протяжении последних десятилетий, анатомо-топографическими особенностями этой области, запущенностью к моменту первичной диагностики (до 80% III-IV ст), отсутствует заметная динамика увеличения сроков продолжительности жизни, а лечение этой категории больных остается по-прежнему сложной проблемой. Сегодня наиболее распространенной тактикой в лечении опухолей ротоглотки являются различные варианты сочетания химиолучевой терапии и оперативного вмешательства.

В условиях отделения опухолей головы и шеи ГУЗ с 1998 г. разработана, адаптирована и широко используется комплексная терапия пациентов с опухолями ротоглотки (патент на изобретение РФ №2255734 от 10.07.2005). Схема лечения: а) проведение двух курсов регионарной внутриартериальной химиотерапии с использованием цисплатина и 5-фторурацила; б) непрерывный курс лучевой терапии по методике ускоренного фракционирования (1,2 Гр два раза в день с интервалом 4-6 часов 5 раз в неделю до СОД 66-72 изогр) с модификацией цисплатином (40 мг 2 раза в неделю до ОД 160-200 мг); в) операция Крайла по показаниям. В качестве сопроводительной терапии химиотерапии и лучевой терапии применяется общая магнитотерапия на физиотерапевтическом комплексе «МАГНИТОР» в статическом режиме с частотой магнитного поля 98-128 Гц.

По предложенной методике пролечено 83 пациента (75 мужчин и 8 женщин). Стадия процесса: T1N0M0-7, T2N0M0-17, T1N1M0-11, T2N1M0-10, T3N0M0-23, T3N1M0-6, T2N2M0-2, T2N3M0-5, T3N2M0-2. Гистологический вариант опухоли — плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки.

В группу сравнения вошли 72 пациента, сопоставимых по половозрастным признакам, локализации и распространенности процесса. Схема лечения проводилась по методике: 2 курса системной ПХТ (цисплатин 100мг/м² в 1 день, 5-фторурацил 750мг/м² во 2-5 дни каждого курса) с последующим курсом стандартной лучевой терапии до СОД 66-72 Гр.

Результаты. Полный визуальный регресс первичной опухоли зафиксирован у всех пациентов исследуемой группы. На последнем этапе лечения 9-ти пациентам с распространенным поражением лимфатических узлов (N2-3) и 5-ти с N1 проведена операция Крайла. При этом III степень лечебного патоморфоза зафиксирована в 6 случаях, IV степень — в 8. В исследуемой группе 5-летняя выживаемость составила 59,2%, в контрольной группе — 23,3%. Таким образом, проведенный анализ методики показывает ее высокую эффективность и доступность.

КОМБИНИРОВАННОЕ И ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ С ПРИМЕНЕНИЕМ БЫСТРЫХ НЕЙТРОНОВ 6,3 МЭВ

Грибова О.В., Мусабаева Л.И., Чойнзонов Е.Л.

НИИ онкологии СО РАМН,
Томск, Россия

Цель — изучить эффективность комбинированного и лучевого лечения злокачественных новообразований слюнных желез с применением быстрых нейтронов 6,3 МэВ.

Материалы и методы. В исследование включено 106 больных ЗНО слюнных желез, которые получали комбинированное и лучевое лечение. Основную группу составили 74 пациента (77% от общего количества составили ЗНО околоушной слюнной железы), которым проведено лечение с применением быстрых нейтронов циклотрона У-120. Лечение осуществлялось два раза в неделю, РОД 1,2-2,4 Гр, СОД 5-7,2 Гр. С целью снижения лучевой нагрузки на критические органы и ткани у 73 % больных нейтронную терапию дополняли стандартной гамма-терапией. Курсовая доза послеоперационного курса — СОД 40-55 Гр по изозффекту, при нейтронно-фотонной терапии по радикальной программе неоперабельных опухолей слюнных желез и метастатических лимфоузлов — 60-65 Гр. В группу контроля включено 32 больных ЗНО слюнных желез, которым применялась стандартная фотонная терапия.

Результаты. Общая пятилетняя выживаемость у больных раком слюнных желез с послеоперационным курсом нейтронной терапии составила $70,4 \pm 7,8\%$, безрецидивная — $72,4 \pm 9,8\%$; в контрольной группе показатели пятилетней общей и безрецидивной выживаемости — $25,6 \pm 19,1\%$ и $42,4 \pm 18,6\%$, соответственно ($p < 0,05$). Пятилетняя общая выживаемость в группе больных с неоперабельными ЗНО слюнных желез, которые получили радикальный курс ЛТ с применением быстрых нейтронов $48,5 \pm 15,3\%$, в контрольной группе ни один больной не пережил пятилетний рубеж.

Выводы. Комбинированное и лучевое лечение больных ЗНО слюнных и щитовидной желез с применением быстрых нейтронов позволяет добиться удовлетворительных отдаленных результатов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОМИЕЛОХИМИОТЕРАПИИ В ХИМИЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА НОСОГЛОТКИ

Джабаров Ф.Р., Розенко Л.Я., Колычева Е.В.

ФГУ Ростовский НИИ онкологии Росмедтехнологий,
Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. В 85-90% случаев при обращении за специализированной помощью больных с раком носоглотки — это запущенные процессы (III — IV стадии), что обуславливает необходимость использования сочетания лучевой и химиотерапии.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования использованы 44 пациентов с местно-распространенным раком носоглотки (T1-4N2-3M0-x), находящиеся на лечении в радиологическом отделении РНИОИ, из них: основную группу составили 16 больных, которым проводилась дистанционная гамма-терапия в режиме гиперфракционирования. Параллельно лучевому лечению осуществлялась аутомиелохимиотерапия путем в/в введения взвеси, полученной после забора костного мозга из крыла подвздошной кости и инкубации его в термостате ~ 30 мин с химиопрепаратом. Суммарно за весь курс лечения вводилось 500 мг карбоплатина. Контрольную группу составили 28 человек, получивших ДГТ в аналогичном режиме гиперфракционирования РОД. В обеих группах после завершения курса химиолучевого лечения проведены адьювантные курсы стандартной полихимиотерапии.

Результаты. У 9 (56%) пациентов основной группы на момент окончания химиолучевого лечения наблюдался полный регресс опухоли против 7 (25%) из контрольной группы, а у 4-х (25%) пациентов основной группы оставались единичные метастатически измененные шейные л/узлы, которые через 1 месяц на контрольном осмотре отсутствовали. У 3-х (19%) из основной группы на момент окончания химиолучевого лечения отмечались остаточные лимфатические узлы на шее, которые регрессировали после проведения трех курсов адьювантной химиотерапии, что в контрольной группе наблюдалось у 12 пациентов (43%). У 9 пациентов (32%) контрольной группы метастазы в регионарных л/узлах сохранялись на момент завершения адьювантной химиотерапии.

Выводы. Сочетание лучевой терапии в режиме гиперфракционирования с химиотерапией на аутокостномозговой взвеси увеличивает непосредственную эффективность лечения, за счет увеличения чис-

ла пациентов с полным регрессом в регионарном лимфоколлекторе, и сокращает продолжительность комплексного лечения.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

**Ковальчук В.Н., Гуля Б.М., Лучкив В.И.,
Мищеряков И.В., Шевченко Ю.С., Степаненко А.В.,
Потопацкий А.И., Потопацкая Ю.А.**

Житомирский областной онкологический диспансер, г. Житомир,
Институт оздоровления и возрождения народов Украины,
Киев, Украина

Актуальность проблемы. На данное время проблема лечения местнораспространенных злокачественных опухолей головы и шеи остаётся актуальной в онкологии, в связи с анатомической особенностью, быстрым распространением заболевания и смертностью больных. Методом выбора при лечении злокачественных новообразований губы, полости рта есть регионарная полихимиотерапия (Gap To Kouaku, 1999). Следует отметить такие весомые достижения, как разработка оригинального противоопухолевого препарата Амитозина из новой группы антибластических веществ — анкилированных тиофосфамидом алкалоидов чистотела большого (Потопацкий А.И., 1994).

Материалы и методы исследования. Разработано и внедрено в клиническую практику Житомирского облонкодиспансера методику комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей губы и полости рта с использованием регионарной ПХТ в комбинации с лучевой терапией, иммунотерапией Амитозином, оперативным лечением.

На протяжении 1990-2008 гг. в хирургическом отделении Житомирского ООД по разработанной методике пролечено 126 больных со злокачественными опухолями головы и шеи, в т.ч. с опухолями головы — 32, языка — 43, миндалин — 21, метастатическим поражением шеи без первичного очага — 30.

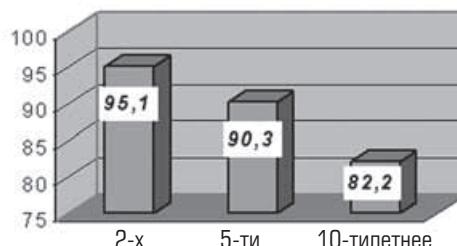
Показаниями для проведения внутриартериальной химиотерапии являются злокачественные новообразования губы, полости рта в II, III, IV стадиях заболевания, метастатическое поражение шеи без первичного очага, а также профилактика диссеминации злокачественных клеток. Для внутриартериальной химиотерапии использовали разные комбинации химиопрепаратов: 5-фторурацил, метотрексат, блеомицин, препараты платины (платидиам, цисплатин). Внутриартериальную химиотерапию проводили на протяжении 25-30 дней. Разовая доза 5-фторурацила составляла 500 мг/м², метотрексата 25 мг/м², блеомицина 15 мг/м², цисплатина 20 мг/м², суммарная доза 5-фторурацила составляла 5 г/м², метотрексата 250 мг/м², блеомицина 150 мг/м², цисплатина 100 мг/м².

При поражении губы проводили катетеризацию левой и правой лицевых артерий, корня языка и всего дна полости рта: левой и правой язычных артерий, при локализации опухоли по боковой поверхности языка с одной стороны, катетеризацию проводили на стороне локализации опухоли. При новообразованиях миндалин проводилась перевязка наружной сонной артерии на стороне поражения выше ответвления верхне-щитовидной артерии с катетеризацией внешней сонной артерии через височную артерию, при злокачественных опухолях шеи без первичного очага проводили катетеризацию общей сонной артерии на стороне поражения через височную артерию. Химиопрепараты вводились за 30 минут до сеанса облучения. Дозу химиопрепаратов подбирали каждому больному индивидуально с учетом соматической патологии и возраста больных. Дистанционная лучевая терапия (ЛТ) проводилась по общепринятой методике: разовая доза составляла 2 Гр., 5 сеансов в неделю до суммарной очаговой дозы (СОД) 40-60 Гр. Через месяц после проведения комбинированного лечения проведено оперативное лечение: 5 больным с раком губы — модифицированная резекция губы с пластикой дефекта двумя лоскутами по Пачесу-Брунсу, 20 больным с раком языка — гемилингвэктомия, 10 больным с метастазами в шею без первичного

очага — операция Крайля. При неэффективности комбинированного лечения у 30 больных проводили лечение Амитозином в/в капельно в разовой дозе 150 мг/м² через день в суммарной дозе 900 мг/м². Осложнений во время лечения не наблюдалось.

Результаты исследований и их обсуждение. Оценка регрессии опухоли проводилась после окончания курса комбинированного лечения (с применением лучевой терапии и регионарной ПХТ) и через 1-2 месяца по данным клинического и лабораторного наблюдения больных. Ближайшие и отдаленные результаты учитывали через 2, 5 и более 10 лет.

Отдаленные результаты комплексного лечения злокачественных опухолей головы и шеи с использованием регионарной ПХТ, лучевой терапии и Амитозина представлены на диаграмме.



Выводы. 1. Разработанная и апробированная безопасная методика комбинированного лечения злокачественных опухолей головы и шеи с применением объединенной лучевой терапии и регионарной внутриартериальной полихимиотерапии, которая разрешает усилить местноповреждающее действие опухоли.

2. Использование разработанной методики повышает эффективность лечения неоперированных злокачественных опухолей головы и шеи, оказывает устранение косметических дефектов.

3. Отдаленные результаты лечения подтверждают целесообразность использования Амитозина в современном лечении онкобольных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО (ХИМИО-ЛУЧЕВОГО) ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ НОСОГЛОТКИ

**Копычев Ю.Е., Серяков А.П.,
Завьялов М.С., Сукирко В.А.**

Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко,
Москва, Россия

Задача исследования. Изучение эффективности химиолучевого лечения больных раком носоглотки при совместном с облучением применении химиопрепаратов с целью радиосенсибилизации и общего противоопухолевого воздействия.

Материал и методы. 86 больным раком носоглотки, с морфологически верифицированным диагнозом, из них 64 пациента (74,4%) имели опухоль Т3-4, N1-2, проведено химио — лучевое лечение. Пациентам основной группы (n=42) параллельно с облучением проводили 4 курса ПХТ — платидиам в РД=30 мг, КД=90 мг, 1-3 дни; фторурацил в РД=0,75 г, КД=1,5 г, 1-2 дни; фармариубин КД и РД=60 мг, 1 день, облучение осуществляли «расщепленным» курсом, общая СОД=65-70 Гр, после окончания облучения выполняли 2 дополнительных курса ПХТ по той же схеме. Пациентам контрольной группы (n=44) вначале проводили облучение до СОД=65-70 Гр, затем 6 курсов ПХТ по той же схеме.

Результаты. Химиолучевое лечение по предложенной схеме хорошо переносится больными, отмечается незначительный рост числа лучевых реакций — 32% по сравнению с 37% в контрольной группе, умеренное снижение числа лейкоцитов — на 22% и 16% соответственно. Наблюдали более раннее начало резорбции опухоли — на средней СОД=10,2 Гр по сравнению с СОД=14,6 Гр в контрольной группе. Полная резорбция опухоли к моменту завершения лучевого компонента отмечена у 92% больных по сравнению с 78%

в контрольной группе. При предварительной оценке 5-летних результатов лечения отмечен рост этого показателя на 17% по сравнению с контрольной группой, как за счет снижения количества местных рецидивов опухоли, так и снижения числа отдаленных метастазов.

Выводы. Предложенная методика химиолучевого лечения больных раком носоглотки проста в применении, легко доступна экономически и технически, хорошо переносится больными, существенно не увеличивает числа осложнений лечения, позволяет улучшить результаты лечения.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ КОЖИ ГОЛОВЫ

Петровский В.Ю., Титова В.А.

*ФГУ РНЦРР Росмедтехнологий,
Москва, Россия*

Цель. Изучение эффективности фотодинамической терапии (ФДТ) у больных со злокачественными опухолями кожи головы.

Материал и методы: Специальное лечение проведено 20 больным с базально-клеточным раком кожи головы. Преобладал рак кожи носа (13 больных). Возраст варьировал от 35 до 90 лет, из них было 10 женщин и 10 мужчин. Рецидивные опухоли установлены у 16 больных. В качестве фотосенсибилизатора при фотодинамической терапии применяли радахлорин, фотолон. 17 больным фотосенсибилизатор вводился внутривенно, у трех больных — аппликационное применение в виде геля радахлорина. Источником света являлся полупроводниковый лазер с длиной волны 662 нм с выходной мощностью до 1Вт. Облучение опухоли проводили через 3-4 часа после введения фотосенсибилизатора. Плотность световой энергии использовалась в диапазоне от 150-200 Дж/см².

Результаты. Внутривенное введение фотосенсибилизаторов больные перенесли удовлетворительно без осложнений при соблюдении светового режима в течении пяти дней. Полная регрессия опухоли достигнута у 16 больных, частичная — у 4 больных. Больным с частичной регрессией проведены повторные сеансы ФДТ. Все больные лазерное облучение перенесли без осложнений. Сроки наблюдения за пациентами составляют от 7 до 30 месяцев, в среднем — 19,7 месяца. Рецидив заболевания отмечен у двух больных (с применением аппликационного лечения).

Выводы. Применение фотодинамической терапии при лечении базально-клеточного рака кожи головы, особенно неудобных локализации для проведения хирургического лечения или лучевой терапии (например — близкофокусной рентгенотерапии), является эффективным и может применяться у больных с первичными опухолями и рецидивами злокачественных новообразований кожи головы с сопутствующей соматической патологией.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛИ ПАНКОСТА — ЗАДАЧА КООПЕРИРОВАННЫХ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Лукин А.А., Важенин А.В., Фокин А.А., Миронченко М.Н., Лукина Е.Ю.

*Челябинский окружной клинический онкологический диспансер,
Уральская клиническая база Российского
научного центра рентгенрадиологии,
ГБОУ ДПО Уральская государственная
медицинская академия дополнительного образования,
Челябинск, Россия*

Актуальность. В настоящее время сохраняется тенденция к росту частоты возникновения злокачественных новообразований в мире и в России. Лечение местнораспространенных форм злокачественных новообразований на сегодняшний день остается одним из наиболее

сложных разделов онкохирургии. Инвазия смежных с опухолью анатомических структур является основной причиной для обоснования технической невозможности и отказа даже от попытки выполнения радикальной операции. Одним из ярких примеров вышеописанного является синдром Панкоста, который может быть вызван любым патологическим процессом в области верхней грудной апертуры. В 5% случаев причиной синдрома Панкоста являются кисты и аденомы щитовидной железы, туберкулез, доброкачественные опухоли, шейный спондилез, рак щитовидной железы, мезотелиома плевры, лимфопролиферативные заболевания, саркомы.

Материалы и методы. С 1999 года 14 пациентам с опухолью верхней грудной апертуры выполнены комбинированные операции с резекцией ребер и подключичных сосудов. Использовался комбинированный хирургический доступ. У 12 пациентов был рак легкого, из них у 8 плоскоклеточный вариант. Для пластики артерий использовались материалы из политетрафторэтилена.

Результаты. Сроки наблюдения составляют до 5 лет, на настоящий момент 3 года пережили 4 пациента. 3 человека умерли в сроки до 14 месяцев от генерализации процесса операция летальность — 1 человек (острая сердечно-сосудистая недостаточность).

Выводы. Совместная работа врачей смежных специальностей позволяет достигать радикальности лечения, улучшения качества жизни и, возможно, отдаленной выживаемости онкологических больных. Для улучшения результатов лечения больных с опухолью верхней грудной апертуры необходима кооперация врачей различных специальностей (онкологов, радиологов, хирургов-эндокринологов, сосудистых хирургов, пластических хирургов и т.д.).

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ГЛОТКИ III-IV СТАДИИ

*Масленникова А.В., Лазарева В.А.,
Герасимова А.В.*

*ГБОУ ВПО НижГМА Росздрава,
Нижний Новгород, Россия*

В течение последних десяти лет для лечения распространенного плоскоклеточного рака головы и шеи стала широко применяться последовательная химиолучевая терапия, включающая индукционную полихимиотерапию (ПХТ) с последующей одновременной химиолучевой терапией. Целью настоящего исследования была оценка эффективности данной схемы химиолучевого лечения у больных раком глотки III-IV стадии.

Материалы и методы. С декабря 2002 года по январь 2008 года в исследование были включены 78 пациентов. Курс лечения включал один индукционный курс ПХТ (5-фторурацил в дозе 500 мг/кг веса с первого по четвертый день, цисплатин в дозе 100 мг/кг веса в пятый день). После трехнедельного перерыва проводилось одновременное химиолучевое лечение расщепленным курсом (курс ПХТ по той же схеме в течение первой недели каждого этапа, затем без перерыва лучевая терапия в режиме стандартного фракционирования до СОД 44-46 Гр на первом и 24-26 Гр на втором этапе).

Результаты. Лечение в соответствии с планом закончили 62 больных. Минимальный возможный срок наблюдения составил 12 месяцев, медиана срока наблюдения — 37 месяцев. Общая годовичная выживаемость была равна 82,9%, общая трехлетняя выживаемость — 47,5%. В группе больных, регресс опухоли которых после проведения одного курса ПХТ составил более 50%, годовичная выживаемость была равна 94,3%, трехлетняя — 66,4%. Среди пациентов, новообразования которых слабо отреагировали на индукционную химиотерапию, годовичная выживаемость оказалась равной 68,8%, трехлетняя — 21,9%. Различия между группами были статистически значимыми ($p=0,02$).

Выводы. Последовательная химиолучевая терапия в предложенном режиме позволила добиться удовлетворительных показателей выживаемости при умеренно выраженной токсичности лечения. Эффект одного курса ПХТ позволяет с высокой степенью достоверности судить о прогнозе заболевания.

ПЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМой ХОРИОИДЕИ T1-2NOMO С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ b-ОФТАЛЬМОАППЛИКАТОРОВ С ИЗОТОПАМИ $^{106}\text{Ru} + ^{106}\text{Rh}$

Науменко Л.В., Прудывус И. С.,
Белякова Н.И.

ГУ РНПЦ онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н. Александрова,
Минск, Беларусь

Введение. Стандартизованный (World) показатель заболеваемости меланомой хориоидеи (MX) в период в РБ составляет в среднем 0,5–0,60/0000. Одним из стандартных методов лечения данной патологии является энуклеация, которая ведет к тяжелой инвалидности больных без улучшения выживаемости больных. В связи с этим актуальность приобретает органосохраняющие методики лечения.

Материалы и методы. Органосохраняющее лечение с использованием b-офтальмоаппликаторов с изотопами $^{106}\text{Ru} + ^{106}\text{Rh}$ было проведено у 74 пациентов с MX. (T1NOMO – 11, T2NOMO – 63). Средний возраст заболевших составил $55,0 \pm 14,2$. В зоне экватора глаза MX локализовалась у 35,1% (n=26), в макулярной области – у 12,2% (n=9), в парамаккулярной – у 20,3% (n=15), в парапапиллярной области – у 21,6% (n=15), в области периферии – у 10,8% (n=8) больных. Медиана дозы ЛТ на вершину опухоли составила 152,5 Гр.

Результаты. При распространенности T1 и высоте опухоли до 2,5 мм, резорбция достигнута у всех больных (медиана времени резорбции 9 мес.), при T2 и высоте опухоли от 2,5 до 7 мм полная резорбция опухоли достигнута у 53% больных (медиана времени резорбции 11 мес.). Стабилизация процесса достигнута у 47% больных. У 2 больных проведена повторная брахитерапия ввиду продолжения роста опухоли. Установлена статистически значимая зависимость ($p_{\text{Wald}} = 0,0183$) времени резорбции от объема опухоли. Установлено, что значимым является не столько размер основания опухоли, сколько ее высота ($p_{\text{Wald}} = 0,0113$).

Общая и безметастатическая выживаемость при распространенности T1NOMO составила 100%, при T2NOMO общая выживаемость составила $94,5 \pm 3,8\%$, безметастатическая $95,0 \pm 2,8\%$.

Вывод. При органосохраняющем лечении больных MX T1-2NOMO с использованием b-офтальмоаппликаторов с изотопами $^{106}\text{Ru} + ^{106}\text{Rh}$ сохранение органа зрения и повышение качества жизни можно достигнуть у 99,8% больных.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОМОДИФИКАТОРОВ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Поляков П.Ю., Быченков О.А.,
Рогаткин Д.А.

ГУ МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского,
Москва, Россия

С целью повышения эффективности лучевой терапии местно-распространенных форм рака орофарингеальной зоны (ОФЗ) разработаны новые методики лучевой терапии (ЛТ) в сочетании с химическими радиосенсибилизаторами: 5-фторурацилом (5-ФУ) и платидиамом (ПТ); и низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ). Дистанционная гамма-терапия осуществлялась по схеме динамического мультифракционирования фракционирования дозы (СДМФ) расщепленным курсом, СОД 69,6 Гр. ПТ и НИЛИ использовались при подведении укрупненных фракций 3,6 Гр.

В исследование включено 769 больных раком ОФЗ в возрасте от 28 до 75 лет. Рак языка диагностирован у 27,8% больных, рак

слизистой полости рта – у 37,3%, рак ротоглотки у 34,9%. У 21,6% пациентов распространенность первичной опухоли соответствовала символу T2, у 49,2% – T3, у 29,2% – T4. Метастатическое поражение лимфатических узлов регионарных зон N1-N3 констатировано у 51,8% больных. 199 больным ЛТ проводилась в сочетании с 5-ФУ; у 237 5-ФУ и ПТ использовались совместно как вариант полирадиомодификации; 56 больным ЛТ проводили после предварительного воздействия НИЛИ. Контрольные группы составили 257 больных, получивших ЛТ без радиосенсибилизаторов.

Дистанционная гамма-терапия в самостоятельном радикальном плане проведена 545 больным. За счет использования 5-ФУ, 5-ФУ+ПТ и НИЛИ показатель непосредственной излеченности с 38,7%-40,8% в контрольных группах достоверно повысился до 61,9, 73,1 и 75,0% соответственно, а число больных, наблюдаемых без рецидивов и метастазов в сроки не менее 5 лет, увеличилось с 30,8 – 38,8% в контрольных группах до 56,8, 66,5 и 58,3%.

Наилучший результат был получен при полирадиомодификации, чему способствовало достоверное снижение по сравнению с контрольной группой числа рецидивов с $24,5 \pm 4,9\%$ до $11,4 \pm 2,5\%$ ($p < 0,005$) и регионарных метастазов с $36,7 \pm 5,4\%$ до $22,1 \pm 3,2\%$ ($p < 0,01$). По критерию непосредственной излеченности эффективность дистанционной гамма-терапии за счет использования 5-ФУ, 5-ФУ+ПТ и НИЛИ по сравнению с контрольными группами повышается в 1,52, 1,79 и 1,8 раза соответственно, т.е. полирадиомодификация и НИЛИ проявили одинаковое радиосенсибилизирующее действие.

Усиление противоопухолевого эффекта при использовании обоих вариантов радиохимиотерапии не сопровождалось выраженными токсическими реакциями, изменением характера и усилением степени выраженности местных лучевых реакций кожи и слизистых оболочек.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРФТОРАНА В КАЧЕСТВЕ РАДИОСЕНСИБИЛИЗАТОРА

Поляков П.Ю., Быченков О.А.,
Рогаткин Д.А.

ГУ МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского,
Москва, Россия.

С целью повышения эффективности лучевой терапии больных с местно-распространенными формами рака орофарингеальной зоны (ОФЗ) нами разработан новый способ радиомодификации с использованием перфтора (ПФ) в качестве радиосенсибилизатора гипоксических клеток. Этот препарат привлек наше внимание из-за его способности эффективно насыщать ткани организма кислородом за счет улучшения микроциркуляции и транспорта кислорода, что, по нашему мнению, должно привести и к повышению степени оксигенации опухолевых клеток, а, значит, и к повышению их радиочувствительности.

На предварительном этапе исследований нами разработана лазерная спектрофотометрическая методика определения динамики микроциркуляции в опухоли после введения ПФ.

В качестве диагностической аппаратуры мы использовали аппарат ЛАКК-01 с измерительным каналом красного спектра 0,63 мкм. С помощью этой методики доказано существенное повышение индекса микроциркуляции крови после введения ПФ (на 15% и более), наступающее через 2-3 часа после его введения.

Исходя из этого, мы разработали методику лучевой терапии с применением ПФ. Лучевую терапию проводили по схемам динамического фракционирования дозы расщепленным курсом до суммарных очаговых доз 60-69,6 Гр. ПФ вводили из расчета 3-5 мл/кг перед подведением трёх укрупнённых фракций 3,6-4 Гр. Облучение осуществляли на максимуме повышения микроциркуляции, в среднем через 3 часа. Расход ПФ на один курс лечения составил от 150,0 до 300,0 мл.

В настоящее время мы располагаем опытом лечения 14 больных со злокачественными опухолями орофарингеальной зоны III-IV стадии под контролем динамики изменения показателей микроциркуляции и оксигенации крови. Контрольную группу составили 20 аналогичных пациентов, получивших лучевую терапию без использования ПФ.

За счет использования ПФ показатель непосредственной излеченности с $40,0 \pm 11,2\%$ в контрольной группе достоверно повысился до $78,6 \pm 11,4\%$ ($p < 0,05$).

Лучевая терапия в сочетании с ПФ переносилась больными удовлетворительно и не сопровождалась усилением степени выраженности местных лучевых реакций.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ОПУХОЛИ

**Поляков П.Ю., Быченков О.А.,
Рогаткин Д.А., Гуревич Л.Е.**

ГУ МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского,
Москва, Россия

С целью индивидуального проспективного прогнозирования (ИПП) реакции опухоли на лучевое воздействие нами разработан новый неинвазивный способ определения показателей пролиферативной активности (ПА) опухоли с использованием лазерной флуоресцентной диагностики (ЛФД). Он основан на регистрации вынужденной флуоресценции в области спектра 600-800 нм природных порфириновых соединений, концентрация которых, по данным литературы, тесно коррелирует с активностью пролиферативных процессов в опухоли. Для осуществления ЛФД в нашем исследовании использовался спектроанализатор «ЛЭСА-01 БИОСПЕК». Показатели ЛФД изучались в динамике: до начала и в процессе расщепленного курса лучевой терапии (ЛТ). Количественная обработка результатов ЛФД проводилась по методу вычисления показателя флуоресцентной контрастности биоткани Kf.

На первом этапе исследований данные о динамике порфириновой флуоресценции интактных тканей и опухоли были изучены у 319 больных раком кожи и орофарингеальной зоны (ОФЗ). Анализ полученных данных выявил общую закономерность в виде статистически достоверного падения показателя Kf опухолей к концу 1-го и началу 2-го этапа ЛТ. Это дало нам основание полагать, что получено важное подтверждение справедливости подхода к возможности анализа ПА клеток опухоли по данным ЛФД и о прогностическом потенциале этого метода.

Изучение возможности ИПП эффективности ЛТ по показателям ПА опухоли на основе данных ЛФД проведено у 49 больных раком ОФЗ III - IV стадии. Анализ данных ЛФД в динамике показал, что у 77,6% больных отмечалось падение показателей Kf по завершении I курса ЛТ в дозе 34,8 Гр на 80 и более % по сравнению с исходными. Сопоставление направленности изменений данных ЛФД с непосредственными результатами ЛТ в СОД 69,6 Гр показало, что между ними имеется значимая корреляция. Падение показателей ЛФД на 80 и более % по сравнению с исходными в процессе I курса ЛТ — благоприятный прогностический фактор, при этом в 80,5% достигнута излеченность. Отсутствие динамики этих показателей — неблагоприятный фактор, в этом случае 63,6% больных не излечено. В целом процент совпадений прогноза составил $77,6 \pm 5,9\%$. Результаты ИПП по данным ЛФД подтверждаются данными, полученными параллельно у 6 больных с помощью маркера пролиферации Ki-67 и коррелируют с результатами, полученными нами ранее при иммунофлуоресцентном исследовании показателей ПА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ Т2-ЗНОМО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОМОДИФИКАТОРОВ

**Поляков П.Ю., Быченков О.А.,
Рогаткин Д.А., Олтаржевская Н.Д.**

ГУ МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского, Москва, Россия.
ООО «НПО Текстильпрогресс Инженерной Академии»,
Москва, Россия.

С целью повышения эффективности лучевой терапии злокачественных новообразований кожи (ЗНК) разработаны новые методики лучевого лечения с использованием нетрадиционных схем фракционирования дозы в сочетании с радиосенсибилизаторами гипоксических клеток — метронидазолом (МЗ) и низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ). При лучевой терапии ЗНК применялись дистанционная гамма-терапия, близкофокусная рентгенотерапия и сочетанная лучевая терапия с использованием нетрадиционных режимов фракционирования дозы в СОД, изотэффektivных 72-73 Гр. МЗ и НИЛИ использовались при подведении укрупненных фракций 4-5 Гр. МЗ применяли в виде аппликаций с помощью салфеток «Колектекс», содержащие МЗ в высокой концентрации — до 20 мкг/см².

В исследование включено 517 больных с базальноклеточным (БКР) и плоскоклеточным (ПКР) раком кожи в возрасте от 31 до 83 лет (325 — основная группа, 192 — контрольная). Морфологически БКР верифицирован у 361 (69,8%), ПКР — у 156 (30,2%) больных. При БКР в 80,1% распространенность первичной опухоли соответствовала символу Т2, в 19,9% — Т3; при ПКР — Т3 у всех больных. БКР локализовался в области головы и шеи у 91,6%, ПКР — у 79,2% больных.

Учитывая зависимость эффективности радиосенсибилизаторов гипоксических клеток от объема опухоли, больные БКР кожи Т2 были разделены на подгруппы с размерами опухоли <4 см и >4 см. При лучевой терапии больных БКР кожи с размером опухоли <4 см преимущества применения МЗ по критерию непосредственной излеченности получено не было; при размерах опухоли >4 см за счет МЗ этот показатель достоверно повысился с $73,2 \pm 6,9\%$ в контрольной группе до $88,2 \pm 3,7\%$. В целом при лучевом лечении БКР кожи Т2-3 за счет использования МЗ непосредственные результаты лечения оказались достоверно выше по сравнению с контрольной группой: этот показатель соответственно составил $91,2 \pm 4,6\%$ и $70,4 \pm 3,6\%$. Применение МЗ и НИЛИ при лучевой терапии ПКР кожи показало, что их эффективность оказалась равнозначной: непосредственная излеченность достигнута у $85,9 \pm 4,6\%$ и у $84,6 \pm 5,0\%$ больных соответственно, что достоверно выше по сравнению с пациентами контрольной группы — $66,3 \pm 7,8\%$. В целом при сроках наблюдения не менее 3 лет рецидивы БКР кожи возникли у $11,6 \pm 1,8\%$, ПКР кожи — у $14,5 \pm 3,3\%$ больных без достоверного различия в зависимости от применения радиомодификаторов.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛИОБЛАСТОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Балканов А.С., Поляков П.Ю.

ГУ МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского,
Москва, Россия

Глиобластома головного мозга (ГГМ) — это наиболее часто диагностируемая опухоль, относящаяся к злокачественным глиомам. Стандартом лечения ГГМ является сочетание хирургического удаления опухоли и адьювантной лучевой терапии (АЛТ). Проведение послеоперационной лучевой терапии диктуется тем обстоятельством, что из-за глубокой инвазии в прилежащие структуры мозга радикальное удаление ГГМ технически невозможно. Продолжительность жизни у пациентов с ГГМ после комбинированного лечения невысока и составляет в среднем 12 месяцев. Рецидив ГГМ в большинстве случаев является следствием высокой радиорезистентности этой опухоли.

Цель настоящего исследования — повышение эффективности комбинированного лечения ГГМ за счет изменения режима фракционирования дозы облучения при АЛТ, что в свою очередь, должно привести к усилению радиочувствительности опухоли. В исследование включены 138 пациентов с ГГМ. В 1 группу вошли 35 пациентов (возраст $53,8 \pm 12,7$ лет), которым АЛТ была проведена в режиме стандартного фракционирования дозы (РОД-2Гр, х5 раз в неделю, СОД — 60Гр). Вторую группу составили 56 пациентов (возраст $50,7 \pm 11,3$ лет), которым лучевая терапия была проведена с увеличением РОД до 2,5 Гр х5 раз в неделю (СОД-55Гр). В 3 группу включены 47 пациентов (возраст — $50,4 \pm 12,4$ лет), облучение которых проводилось в режиме гиперфракционирования (РОД-1,25Гр дважды в день с интервалом 4 часа, 5 раз в неделю, СОД-60Гр). Возраст пациентов, вошедших в каждую из трёх групп, достоверно не отличался друг от друга.

Продолжительность жизни (ПЖ) пациентов в 3 группе составила $19,8 \pm 12,3$ месяца и оказалась достоверно ($P=0,02$) выше чем в 1 группе ($13,4 \pm 7,2$ месяца). ПЖ пациентов во 2 группе составила $15,8 \pm 9,5$ месяца и достоверно не отличалась ($P>0,05$) от аналогичных показателей в 1 группе.

В результате проведенного исследования нами установлено, что проведение АЛТ у пациентов с ГГМ в режиме гиперфракционирования дозы достоверно увеличивает продолжительность их жизни. Применение в ходе выполнения АЛТ пациентам с ГГМ режимов классического и увеличенного до 2,5 Гр фракционирования дозы равноэффективно по продолжительности жизни.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯЗЫКА

Светицкий П.В., Ганиев А.А.

*ФГУ Ростовский НИОнкологический институт,
Ростов на Дону, Россия*

Заболеваемость раком органов полости рта и глотки в Ростовской области занимает первое место среди опухолей головы и шеи. До 80% больных поступают на специализированное лечение с местно-распространенным процессом, когда требуется проведение комбинированных и расширенных операций. У больных, исчерпавших лучевую терапию, целесообразно максимально использовать возможность химиотерапии (ХТ). В РНИОИ разработаны методы введения химиопрепаратов на естественных средах (лимфе, крови, костном мозге и т.д.), которые показали возможность эффективно применять высокие дозы ХТ при снижении их токсичности.

В отделении «Опухолей головы и шеи» РНИОИ химиотерапия при комплексном лечении местно-распространенного рака языка осуществляется с максимальным депонированием химиопрепаратов в зоне интереса. Для этого предварительно проводят предоперационную регионарную, а затем, после удаления опухолевого процесса, интраоперационную внутритканевую химиотерапию. Химиопрепараты — антиметаболиты разводят на естественных средах в течение 30 мин. инкубируя их при $t+37^{\circ}\text{C}$. Операцию проводят с соблюдением принципов абластики. По данной методике пролечено 9 мужчин в возрасте от 30 до 55 лет. Из них 6 имели III ст.(Т3N1M0) и 3 больных — IV ст.(Т3N2a-bM0).

Во всех случаях был достигнут полный лечебный эффект при отсутствии продолженного роста и рецидива в течение 5 — 9 мес. Восстановились глотание и речь.

Таким образом, проведение адекватного хирургического вмешательства с модифицированной химиотерапией у больных местно-распространенным раком языка позволяет добиться излечения с восстановлением функций пораженных органов.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Сдвижков А.М., Борисов В.И., Кожанов Л.Г.,
Финкельштерн М.Р., Солдатов И.В., Зинкин А.Г.*

*Онкологический клинический диспансер № 1,
Москва, Россия*

Лечение и реабилитация больных распространенными опухолями головы и шеи является актуальной задачей современной онкологии.

С 1998 по 2008 годы в ОКД № 1 проведено лечение 299 пациентов с местно-распространенными злокачественными опухолями челюстно-лицевой области (из них 63 пациента с опухолями альвеолярного отростка нижней челюсти и слизистой оболочки дна полости рта).

В 217 наблюдениях опухоли имели строение плоскоклеточного рака, в 28 — железистого рака, в 26 — недифференцированного рака, в 16 — аденокистозного рака и в 12 — саркомы.

В лечении данных пациентов использовались следующие методики: внутриаартериальная регионарная химиотерапия, расширенные и комбинированные оперативные вмешательства (крайно-фациальные резекции с нейрхирургическим этапом), метод микрохирургической аутоотрансплантации комплексов тканей, интраоперационная фотодинамическая и лучевая терапия.

Пациентам выполнены операции в объеме блоковой резекции верхней челюсти (128), электрохирургической резекции (54), крайно-фациальной резекции верхней челюсти (54), резекции, либо экзартикуляции нижней челюсти (63). Во многих случаях выполнялась одномоментная пластика различными трансплантатами.

Закрывание дефектов осуществлялось с помощью пересадки комплексов тканей. У 54 пациентов был использован метод свободной микрохирургической аутоотрансплантации. У 52 пациентов использован метод пластики перемещенными трансплантатами (в том числе надкостницей свода черепа — 22, жевательной мышцей — 16 наблюдений).

С целью повышения абластики и улучшения онкологических результатов применяются методы интраоперационной фотодинамической, либо лучевой терапии. Пролечено 29 больных.

В сроки от 6 месяцев до 4 лет прослежено 299 пациента, 128 из них без признаков рецидива и генерализации (43%).

ОДНОВРЕМЕННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

*Семин Д.Ю., Медведев В.С., Мардынский Ю.С.,
Гулидов И.А., Исаев П.А., Раджапова М.У.,
Дербугов Д.Н., Польшин В.В.*

*ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН,
Обнинск, Россия*

Одним из самых распространенных методов лечения рака органов головы и шеи является дистанционная, контактная лучевая терапия в сочетании с различными химиопрепаратами.

Материалы и методы. В период с 1999 по 2007 годы 237 больных раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки в возрасте от 17 до 81 года проведено химиолучевое лечение. У 213 (89,9%) больных опухоли были первичными и у 24 (10,1%) рецидивными. По морфологической структуре у всех больных наблюдалась картина плоскоклеточного рака. Локализованные формы опухоли, соответствующие I и II стадиям наблюдались у 79 (33,3%) больных, местно-распространенные, соответствующие III и IV стадиям — у 134 (56,5%). В соответствии с проведенными методами лечения все больные были разделены на три клинические группы: 1) 26 больным проведена контактная нейтронная терапия источниками ^{252}Cf в комбинации с химиопрепаратами цисплатин и 5-фторурацил, 2) 34

больным проводились сочетанная дистанционная и контактная нейтронная терапия в комбинации с химиотерапией, 3) 177 больным проводилась дистанционная гамма-терапия в сочетании с химиотерапией.

Результаты. Независимо от методики лечения, локализации и распространенности опухолевого процесса полная регрессия опухоли после окончания лечения достигнута у 190 (80,2%), частичная у 44 (18,6%) и стабилизация у 3 (1,3%) больных, а общая пятилетняя выживаемость составила $64,5 \pm 3,3$ (6,4%). При раке языка пятилетняя выживаемость составила $63,8 \pm 5,6$ (10,9%), при опухолях дна полости рта $59,4 \pm 6,6$ (12,9%), а при раке ротоглотки — $73,7 \pm 5,7$ (11,1%).

Выводы. Внутритканевая нейтронная терапия источниками ^{252}Cf , дистанционная лучевая терапия и одновременная полихимиотерапия при лечении больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки демонстрируют достаточно высокую эффективность, не вызывая при этом функциональных и косметических нарушений, что позволяет считать ее рациональным методом лечения довольно тяжелой по течению и прогнозу группы больных.

КРИОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ, НЕ ИЗЛЕЧЕННОГО ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ

Топорова Н.И.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Основной проблемой в лечении рака гортани является лечение больных с распространенной опухолью гортани, остаточной и рецидивной опухолью гортани после лучевой терапии. Традиционным методом лечения этой большой группы больных является ларингэктомия.

Но для больного гортань имеет большое функциональное значение, а потому немаловажны не только медицинские, но и социальные аспекты результатов лечения. Лишившись гортани, больной становится инвалидом со стойкой утратой трудоспособности. Наличие трахеостомы, отсутствие голоса, а, следовательно, и речи лишают больного привычного образа жизни. К легкому труду после ларингэктомии возвращается не более 20% больных, а 60% из них не могут найти работу из-за отсутствия голоса. Такие перспективы по окончании лечения являются основной причиной отказа больных от операции. Показания же к органосохраняющей операции в данной группе больных ограничены из-за предшествующей лучевой терапии.

Одним из перспективных органосохраняющих методов лечения злокачественных новообразований является метод локального криовоздействия, который уже утвердился как метод выбора в лечении опухолей наружной локализации. В России криохирургический метод в лечении рака гортани впервые применил В.В.Шенталь. С 1968 по 1972 гг он провел криодеструкцию остаточной и рецидивной опухоли гортани после лучевой терапии у 10 больных. Все больные наблюдались более 3 лет без рецидива и метастазов.

Патент на криохирургический способ лечения распространенного рака гортани № 2211669 от 26.09.2001 (авторы Шенталь В. В., Топорова Н. И., Пустынский И. Н.)

В исследованиях использованы отечественные криогенные аппараты КА-02 и КА-05, разработанные во Всесоюзном научно-исследовательском и испытательном институте медицинской техники МЗ СССР. В качестве хладагента используется жидкий азот. Криовоздействие на опухоль гортани проводится контактным методом с адгезией.

По данной методике мною пролечено более 300 больных, из них прослежено 227. Первичный рак гортани был у 69 (30,4%) больных. Остаточный рак гортани после лучевой терапии у 122 (53,7%) больных и рецидив рака гортани после лучевой терапии у 36 (15,9%) больных. В исследования были включены только больные, которые не излечены лучевым методом — 224 наблюдения. Все мужчины. Или имели противопоказания к лучевому лечению. 3 наблюдения. Все женщины. У них рак гортани развивался на фоне папилломатоза.

До начала лечения как гортани Т2НОМО был — 5,5% больных, Т2Н1МО — 1,3% больных, Т3НОМО — 84,4% больных и Т3Н1МО — 8,8% больных. Таким образом, распространенный рак гортани, остаточная или

рецидивная опухоль гортани после лучевой терапии были у 95,1%.

Опухоль гортани, подвергшаяся криодеструкции, соответствовала символу уТ1 в 35,2% наблюдениях, уТ2 в 45,9% наблюдениях, уТ3 в 18,3% наблюдениях.

Осложнений в процессе криовоздействия на опухоль гортани не отмечено. В послеоперационном периоде пневмония у 19,7%, перихондрит щитовидного хряща у 27,0% и лигатурный свищ у 4,9% больных. Осложнения были купированы консервативными методами и не повлияли на отдаленные результаты лечения.

Продолженный рост опухоли гортани реализовался у 15 (6,6%) больных, рецидив у 8 (3,5%) больных, регионарные метастазы у 28 (12,3%) больных.

У всех больных был достигнут хороший косметический и функциональный эффект без применения дополнительных восстановительных мероприятий.

В результате криохирургического метода лечения сохранена гортань и ее функции 89,9% больным. Период реабилитации составил 4-6 месяцев. Возвратилось к прежнему труду 72% больных трудоспособного возраста.

В группе первичных больных, в результате криохирургического метода лечения в сочетании с лучевой терапией общая 3-летняя выживаемость составила 91,3%, 5-летняя — 78,8%, 10-летняя — 40,9%.

В группе больных с остаточной опухолью гортани после лучевой терапии, общая 3-летняя выживаемость составила 79,3%, 5-летняя — 63,5%, 10 летняя 26,2%.

В группе больных с рецидивом опухоли гортани после лучевой терапии общая 3-летняя выживаемость составила 71,2%, 5-летняя — 66,0%, 10-летняя — 23,1%.

Проведенные исследования позволяют положительно оценить криохирургический метод лечения больных раком гортани. Высокая эффективность метода, его сочетание с лучевой терапией, полная реабилитация и возврат больных к активной трудовой деятельности без дополнительных мероприятий позволяют рекомендовать его в клиническую практику.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Чижевская С.Ю., Чойнзонов Е.Л.

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования — разработка и клиническая апробация комбинированной терапии рака гортани и гортаноглотки с использованием современных противоопухолевых препаратов и новых режимов лучевой терапии для повышения эффективности лечения и улучшения качества жизни больных.

Материалы и методы. В исследование включен 51 больной с морфологически верифицированным раком гортани и гортаноглотки II-IV стадии опухолевого процесса. Первым этапом комбинированного лечения проводится 2 курса неoadьювантной химиотерапии по схеме паклитаксел/карбоплатин, с последующей лучевой терапией в режиме мультифракционирования дозы с оценкой эффекта на дозе 40 изоГр. После чего пациентам, у которых была достигнута полная регрессия, лучевая терапия продолжена до радикальной дозы — 65 изоГр, а больным, эффект лечения которых был оценен как частичная регрессия и стабилизация процесса, было выполнено оперативное вмешательство.

Результаты. Изучалась непосредственная эффективность проводимого лечения и токсичность неoadьювантной химиотерапии. Полная регрессия зарегистрирована у 16 больных (31,4%), частичная регрессия — у 23 пациентов (45,1%), стабилизация процесса — у 12 человек (23,5%). Проведение курсов химиотерапии в указанном режиме удовлетворительно переносилось пациентами и не сопровождалось гематологической и гастроинтестинальной токсичностью. Токсичность I-II степени зарегистрирована в 7,8% случаев, артралгия/миалгия — 15,7%, аллергические реакции — 3,9%, у всех больных наблюдалась аллопеция (100%). Показатели общей 2-летней выживаемости составили

100%. Показатели 2-летней безрецидивной выживаемости больных раком гортани и гортаноглотки составили $87,3 \pm 4,8\%$.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение новых методов комбинированной терапии с использованием современных противоопухолевых препаратов и нетрадиционных режимов лучевой терапии способствует повышению эффективности лечения и улучшению качества жизни больных раком гортани и гортаноглотки.

ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Шишкин Д.А., Чойнзонов Е.Л.,
Шаталова В.А., Осинев И.К.

ГУ НИИ онкологии СО РАМН,
Томск, Россия

Лечение рака орофарингеальной области по-прежнему остается предметом споров. Новые надежды на улучшение непосредственных и отдаленных результатов при местнораспространенных опухолях орофарингеальной области связаны с комбинированием химиотерапии с радикальными методами воздействия — операцией и лучевой терапией.

Нами проводилось химиолучевое лечение рака полости рта и ротоглотки (II-III стадии): ДГТ в стандартном режиме, СОД 60 Гр на область первичной опухоли и регионарного лимфооттока в сочетании с 2-мя курсами химиотерапии по схеме: Митотакс — 175 мг/м² в/в капельно в 1-й день, Карбоплатин (расчет дозы на AUC 6) — в/в капельно в 1-й день, повторный курс через 4 недели. При этом данная схема лечения применялась только в случае химио-радиочувствительности опухолей (регрессия более 50% на дозе 40 Гр после 2 курсов химиотерапии). При неэффективном химиолучевом лечении (регрессия менее 50%), вторым этапом проводилось хирургическое лечение.

Пролечен 21 больной (18 мужчин и 3 женщины). При оценке непосредственного эффекта у всех пациентов (в 100%) зафиксирован клинический эффект от проведенной терапии. При этом в 7 случаях (33%) пациенты были пролечены по радикальной программе и при оценке эффекта через месяц после окончания лечения у всех отмечена полная регрессия опухоли. В 14 случаях (67%) регистрировалась регрессия опухоли менее 50%, и 2-м этапом проводилось хирургическое лечение. Сроки наблюдения за пациентами от 3 месяцев до 2 лет, летальных исходов не зафиксировано, прогрессирование заболевания наблюдался у 4 больных в сроки от 4 до 10 месяцев после выписки.

Таким образом, использование комбинации лучевой терапии с химиотерапией по схеме «митотакс + карбоплатин» показало высокую непосредственную эффективность, что позволяет нам надеяться на оптимистичные прогнозы при включении указанной комбинации в комплексное лечение рака орофарингеальной области.

СИСТЕМНЫЙ КОМПОНЕНТ В ФОРМИРОВАНИИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛУЧЕВОГО И ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО РАКА

Шутко А.Н., Корытова Л.И.,
Сокурченко В.П., Екимова Л.П.

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Эффективность лучевой (ЛТ) и химиолучевой терапии (ХЛТ) в первую очередь связывают с характеристиками самой опухоли. Состояние опухоленосителя оценивается индексом Карновского или его аналогами, а стандартные гематологические показатели используют только в качестве критериев к назначению, редукции либо отмены терапии. Однако имеются указания о реализации терапевтического эффекта опосредованно через систему лимфоцитопоза (Гранов А.М., Шутко А.Н., 2002).

Цель исследования. Выявление взаимосвязей между состоянием лимфоцитопоза и пула циркулирующих лимфоцитов в процессе лечения и отдаленными результатами.

Материал и методы. Больные с ОФР, получившие ЛТ (n=37) или ХЛТ (n=61). Клинический анализ крови и измерение CD34+ циркулирующих клеток проводили методом проточной цитофлюориметрии (FACSscan, BD) в режиме мониторинга до 4-6 месяцев от начала лечения.

Результаты. Выявлена прогностическая значимость усредненных за весь период лечения показателей уровня лимфоцитов и коэффициента их вариации (kv). СПЖ находится в положительной зависимости от средних концентраций циркулирующих лимфоцитов на протяжении ЛТ и ХЛТ (p=0,002 или p=0,05). Усредненные значения kv содержания лимфоцитов находятся в обратной связи с конечными результатами лечения по СПЖ (p=0,04 или 0,002) при одинаковых стартовых величинах абсолютного содержания клеток крови. В поддержании среднего уровня лимфоцитов, как показало прямое изучение содержания в крови различных видов стволовых клеток (%) в процессе ЛТ и ХЛТ, ведущая роль принадлежит циркулирующему пулу стволовых клеток.

Заключение. Отдаленный результат (СПЖ) зависит от ростового потенциала кроветворения, способного поддерживать уровень лимфоцитов крови в период лечения. Морфогенетический ресурс гемопоэза определяет как длительность жизни носителя опухоли и сроки наступления его соматической гибели, так и «ответ опухоли» на цитостатическое подавление продукции лимфоцитов, обладающих морфогенетической функцией.

НЕЙРООНКОЛОГИЯ

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НА УРОВНЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Гуща А.О., Шевелев И.Н., Шкарубо А.Н.,
Арестов С.О., Тиссен Т.П.

НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН,
Москва, Россия

Проблема хирургического лечения объемных образований на уровне шейного отдела позвоночника остается актуальной в связи с разработкой новых хирургических доступов к области краниовертебрального перехода, обилием нейрососудистых образований, частотой поражения шейных позвонков (более 10% метастатических поражений).

Целью данного исследования явилась выработка оптимальной хирургической тактики лечения объемных образований на уровне шейного отдела позвоночника и краниоспинального перехода различного происхождения.

Материал и методы. В группу больных (113) включены случаи распространения объемных поражений на уровне шейного отдела позвоночника: процессы в области краниовертебрального перехода — дорсальной (18) и вентральной / вентральнобоковой (27) локализации; паравертебральные опухоли (12); травматические и воспалительные процессы в области зубовидного отростка аксиса (11); первичные (12) и метастатические (18) поражения шейных позвонков уровня С3-С7; опухоли типа песочных часов средне и нижне-шейного уровня (16). Для оценки восстановления неврологических функций использовалась шкала Frankel.

На основании четкого представления о локализации объемного процесса и формирования компрессии нейрососудистых образований отработаны дифференцированные хирургические доступы при поражении в области краниовертебрального перехода: задне-срединный доступ (36% всех краниовертебральных образований): при локализации интрадуральных опухолей задне-боковой и задней локализации; задне-срединный доступ с латеральным расширением (25%), также как и задне-боковой трансцервикальный (12%) — при удалении вентральных и вентро-латеральных интра/экстрадуральных объемных образований (в.т.числе по типу «песочных часов»). Передне-боковой краниовертебральный трансцервикальный доступ (12%) показан при экстрадуральных экстракраниальных опухолях каудальной группы ЧМН, объемных процессах (воспалительного генеза, метастатического характера) поражающих область мыщелка, боковых масс атланта и аксиса. Трансоральное удаление объемных процессов распространяющихся на С1-С2 позвонки с вовлечением ската (хордома — 10 (48%)), сопровождалось одномоментным окципитоспондилодезом. В отношении данной группы пациентов отработано трансоральное удаление объемных процессов от середины ската до верхнего края тела С3 позвонка.

При поражении тел шейных позвонков (С3-С7) первичным или метастатическим процессом операцией выбора является спондилэктомия (25 б-х), выполняемая из переднего шейного доступа с проведением спондилодеза сетчатым титановым имплантом и передней стабилизацией пластиной. Тотальное удаление при метастатическом поражении показано при солитарном поражении, при ожидаемой про-

должительности жизни более 1 года (шкала Tokuhashi), при неврологическом статусе пациента не ниже группы «D» по шкале Frankel. В остальных случаях проводилась вертебропластика.

Результаты. При тотальном удалении опухолей неврологическое улучшение достигнуто в 57% случаев (шкала Карновского), без перемен — 25%, ухудшение 16%. Субтотальное удаление в равной степени сопровождалось улучшением и стабилизацией неврологической симптоматики (по 45%). В 10% случаев отмечено неврологическое ухудшение.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ

Зайцев А.М., Шелеско А.А.

ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий,
Москва, Россия.

В Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А. Герцена с сентября 2007 г. начато проспективное исследование влияния ФН и ФДТ на эффективность хирургического лечения пациентов с метастатическими опухолями головного мозга. После удаления опухоли производится ФН для выявления остатков опухоли с последующим их удалением и облучением ложа удаленной опухоли светом терапевтической длины волны. В послеоперационном периоде в первые 48 часов выполняется полный неврологический осмотр для оценки динамики неврологических нарушений, а также КТ или МРТ головного мозга с контрастным усилением для контроля радикальности удаления опухоли.

Первичные конечные точки исследования — радикальность удаления (по данным контрольных КТ и МРТ) и длительность безрецидивного периода. Вторичная конечная точка — продолжительность жизни пациента с момента выявления внутримозгового метастаза. Помимо этого оценивается безопасность методики ФДТ (нарастание неврологического дефицита, выраженность отека вещества головного мозга, геморрагические осложнения). В настоящий момент медиана длительности наблюдений составляет 8 мес.

Уже первые наблюдения показывают достаточно высокую эффективность ФН и ФДТ; окончательная оценка данных методик будет проведена после завершения исследования.

ВОЗМОЖНОСТИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РАДИОХИРУРГИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ильялов С.Р., Голянов А.В., Костюченко В.В.,
Потапов А.А., Лошаков В.А., Зотова М.В.,
Пронин И.Н., Долгушин М.Б.

ОАО «Деловой центр нейрохирургии», Москва
НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, Москва

Метастатические опухоли головного мозга встречаются в 5-10 раз чаще его первичных новообразований. Нейрохирургические вмешательства преследуют две задачи — гистологическую верификацию диагноза и непосредственно удаление опухоли, хотя в некоторых случаях суждение о гистологическом характере опухоли можно сделать, используя современные виды нейровизуализации. В большинстве случаев наличие множественных внутримозговых метастазов расценивается как инкурабельная ситуация. Как правило, показания к хирургическому лечению ограничены одним или несколькими относительно крупными метастазами доступными для безопасного и полного удаления, при наличии масс-эффекта, окклюзионной гидроцефалии, симптомах внутричерепной гипертензии или грубой фокальной симптоматики. Для уменьшения вероятности рецидива опухоли, как правило, проводится послеоперационное облучение всего головного мозга или только ложа удаленной опухоли.

Стереотаксическая радиохирургия с применением аппарата «Гамма-нож» (СРХГН) занимает особое место в арсенале нейрохирургических методик. Эффективность данного метода сопоставима с комбинацией хирургического лечения и последующего облучения всего головного мозга. Ограничением для применения стереотаксической радиохирургии являются размеры опухолей более 3-3,5 см в максимальном измерении, наличие симптомов внутричерепной гипертензии, грубый быстро нарастающий неврологический дефицит.

Цель исследования — изучить первый опыт комбинированного лечения пациентов с метастатическими опухолями головного мозга с применением традиционных нейрохирургических вмешательств и стереотаксической радиохирургии на аппарате «Гамма-нож».

Материалы и методы. 119 пациентам проведена СРХГН по поводу внутримозговых метастазов рака. 28 больных получили различные варианты комбинированного лечения, но обязательно с проведением открытого нейрохирургического вмешательства. Основными показаниями для комбинированного лечения явились:

1) наличие 1-2 крупных (диаметром более 3,5 см) и доступных для удаления метастазов с масс-эффектом наряду с более мелкими опухолями (24 пациента). В одном случае проведению СРХГН предшествовала операция вентрикулперитонеального шунтирования ввиду окклюзионной гидроцефалии. В большинстве случаев СРХГН проводилась первым этапом, а оперативное вмешательство — на следующий день. Проведение СРХГН накануне операции не изменяло состояние больных и не являлось причиной отсрочки оперативного лечения. В случаях, когда операция предшествовала СРХГН, интервал между ними составлял в среднем 13 дней (от 7 до 25 дней) и был обусловлен послеоперационной реабилитацией;

2) развитие кровоизлияния в опухоль с формированием паратуморозной внутримозговой гематомы и усилением перифокального отека с нарастанием неврологической симптоматики и масс-эффектом (1 больной);

3) рецидив опухоли после ее удаления или продолженный рост опухоли после стереотаксической радиохирургии (2 пациента). В последнем случае факт продолженного роста подтверждался с применением позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) с фтордезоксиглюкозой (ФДГ) и/или спиральной компьютерной томографии в режиме перфузии (СКТ-перфузия);

4) развитие локального очага лучевого некроза с масс-эффектом и/или стойким симптоматическим течением (1 больной). Данная патология также верифицировалась ПЭТ с ФДГ и/или СКТ-перфузией.

Результаты. Во всех случаях лечение являлось паллиативным и было направлено, в первую очередь, на сохранение качества жизни больных. Из 28 больных у 27 после комбинированного лечения отмечалась стабилизация или улучшение неврологического состояния. Только 1 (3,5%) пациент погиб на 4-е сутки после СРХГН и последующего оперативного вмешательства вследствие кровоизлияния в ложе удаленной опухоли. Медиана выживаемости в анализируемой подгруппе больных составила 254,4 дня (8,5 месяцев), что сопоставимо с выживаемостью в общей группе пациентов (8,2 месяца).

Выводы. Комбинированное применение СРХГН и традиционных нейрохирургических вмешательств у пациентов с множественными метастазами рака в головной мозг является обоснованным и эффективным паллиативным методом лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ПОГМ) НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Ковалев Г.И., Музлаев Г.Г., Мальков И.В.
Порханов В.А.

Краснодарская краевая клиническая больница № 1,
Краснодар, Россия

В нашем исследовании ПОГМ гистологическая верификация имела у 1753 пациентов. Из них 748 (42,7%) пациентов проживали в городах и 1005 (57,3%) в сельской местности Краснодарского края. Из них на долю мужчин пришлось 792 опухоли, что составило 45,13%. Из общего количества наблюдений ПОГМ у женщин зарегистрированы в 961 случаев (54,87%).

При изучении заболеваемости ПОГМ учитывались такие факторы как место жительства, пол и возраст пациента. У городских жителей ПОГМ встречаются чаще, чем у жителей сельской местности. Группами риска по развитию ПОГМ являются возраста 30-39, 40-49 и наиболее опасным является возраст 50-59 лет.

По гистологической структуре у пациентов наиболее часто наблюдались нейроэпителиальные (глиальные) опухоли, они составили 47,12% от всех наблюдений (826 пациентов). Оболочечно-сосудистые опухоли (менингиомы) отмечены у 555 пациентов, что составило 31,66 % случаев. Невриномы выявлены у 137 наших пациентов, что составило 7,82% всех наблюдений. Аденомы гипофиза отмечены у 109 больных (6,22%).

Из опухолей глиального ряда наиболее часто встречались опухоли астроцитарного происхождения, а среди них злокачественные формы, такие как злокачественная (анапластическая) астроцитома и глиобластома. От всех видов опухолей астроцитарные составили 38,04%. Среди нейроэпителиальных астроцитарные опухоли встречались в 80,75%.

Глиобластомы получили наибольшее распространение, они составили 14,77% среди общего количества новообразований и 31,35% от нейроэпителиальных опухолей. Среди астроцитом глиобластомы обнаружены у 38,83% пациентов. Злокачественные астроцитомы выявлены у 8,61% всех больных, а среди нейроэпителиальных опухолей они составили 18,28%.

Среди всех опухолей злокачественные формы нейроэпителиальных новообразований у мужчин составили 15,51%. Среди нейроэпителиальных опухолей их доля составила 32,93%. У женщин этот процент был ниже и соответственно составил 12,09% и 25,66%.

Глиобластомы у мужчин выявлены в 8,21% от всех выявленных опухолей и составили 17,43% от опухолей глиального строения. При этом среди лиц мужского пола глиобластома была самой часто встречаемой опухолью, она отмечена в 18,39% наблюдений. У женщин глиобластомы встречались реже. Так среди всех наблюдений они отмечены у 6,56%, а среди нейроэпителиальных — 13,92%. От всех опухолей, выявленных у женщин, глиобластомы по частоте занимали третью позицию после менингиом и астроцитом.

Злокачественные астроцитомы также преобладали у лиц мужского пола. От всех наблюдений у мужчин они составили 4,68% и 9,93% среди нейроэпителиальных. В наших наблюдениях 3,94% женщин страдали злокачественными астроцитомами, а среди нейроэпителиальных форм у женщин они выявлены в 8,35%. Злокачественные астроцитомы как у мужчин, так и у женщин находились на четвертом месте по распространенности.

Астроцитомы низкой степени злокачественности (астроцитомы) среди нейроэпителиальных форм отмечены в 31,11% наблюдений. В то время как среди всех наблюдений они составили 14,66%. Эти опухоли также незначительно преобладали у лиц мужского пола и составили 7,59% среди всех наблюдений и 16,10% от нейроэпителиальных. У женщин эти показатели были несущественно ниже и составили соответственно 7,07% и 15,01%. У мужчин астроцитомы находились во втором месте и встречались также часто, как и доброкачественные формы менингиом (по 16,99%). Среди женщин частота встречаемости астроцитом также находилась на втором месте и составила 12,78%.

Таким образом. У мужчин наиболее распространенными были астроцитарные опухоли, а именно наиболее их злокачественные формы — глиобластомы. С небольшим отличием от глиобластом второе место распределено между менингиомами обычного строения и астроцитомами низкой степени злокачественности. На третьем месте по частоте отмечены злокачественные астроцитомы. На четвертом месте основались аденомы гипофиза. Пятое место закрепилось за злокачественными формами менингиом.

У женщин с большим отрывом наиболее часто встречаемыми опухолями были доброкачественные формы менингиом, которые составили более трети всех опухолей. В три раза реже встречались астроцитомы низкой степени злокачественности, которые по частоте заняли второе место. Глиобластомы у женщин занимали третье место. На четвертом месте расположены невриномы. Злокачественные астроцитомы у женщин заняли пятую позицию. Остальные виды опухолей встречались реже, и составляли менее пяти процентов наблюдений.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ НЕЙРООНКОЛОГИИ. ВЗГЛЯД НЕЙРОХИРУРГА

Кушель Ю.В.

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, Москва, Россия

Опухоли ЦНС у детей являются второй по частоте онкологической проблемой детского возраста после лейкозов. За прошедшие 20 лет отмечается значительный прогресс как в понимании биологии этих опухолей, так и в результатах лечения. Несмотря на явные успехи детской нейроонкологии: улучшение результатов хирургического лечения, появление эффективных схем адъювантной терапии, многие пациенты живут ограниченное время и погибают от опухолевой прогрессии. В данном докладе я кратко остановлюсь на достигнутых результатах и на нерешенных проблемах детской нейроонкологии. Попытаюсь обсудить возможные направления дальнейшего улучшения результатов лечения детей с опухолями ЦНС.

ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МУЛЬТИФОРМНОЙ ГЛИОБЛАСТОМЫ

Осинов И.К., Нечитайло М.Н., Мусабаева Л.И.

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель — изучить эффективность химиолучевой терапии с темодалом (TMZ) у больных с мультиформной глиобластомой (МГБ) головного мозга.

Материалы и методы. В исследование включено 34 пациента (19 мужчин и 15 женщин) с МГБ головного мозга после субтотального удаления опухоли. Средний возраст больных — 45,2 лет. Средний балл по шкале Карновского — 70. На 21-й день после операции всем больным назначалась ДГТ на аппарате Рокс-М в режиме ротации, полями 8×8 — 8×10 см, 5 раз в неделю, разовая очаговая доза 2,0 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) 56-60,0 Гр. В I-ой группе — 17 человек с первого дня лучевой терапии получали темодал (ЛТ+TMZ) разовой дозой 200 мг/м², суммарная доза 2050 мг на курс (2 курса). В постлучевом периоде больным было проведено в среднем 6 курсов химиотерапии Темодалом 200 мг/м², циклами каждые 28 дней. Во II-ой — 17 больных получали только лучевую терапию (ЛТ). В контрольные сроки проводилось МРТ — исследование головного мозга с контрастированием.

Результаты. Непосредственная эффективность химиолучевой терапии с темодалом (ЛТ+TMZ) через месяц: полный ответ (ПО) достигнут в 6,1% случаях, частичный ответ (ЧО) — в 13,3%, стабилизация процесса (СП) в 83,3%. Через 12 месяцев общий ответ (ПО+ЧО+СП) на терапию (ЛТ+TMZ) составил: 57,2%. Общая выживаемость за 12 месяцев в I-группе 64,7%, во II-ой группе 23,5%

($p < 0,05$). Медиана выживаемости без прогрессирования $13 \pm 2,89$ и $6 \pm 2,58$ месяцев соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, химиолучевая терапия с темодалом в комбинированном лечении мультиформной глиобластомы головного мозга показала хорошую непосредственную эффективность, увеличив медиану выживаемости до прогрессирования на 7 месяцев.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПРИМЕНЕНИЕМ БРАХИТЕРАПИИ С ВЫСОКОЙ МОЩНОСТЬЮ ДОЗЫ

Ошарин В.В., Залуцкий И.В., Шанько Ю.Г., Жуковец А.Г., Минайло И.И., Синайко В.В., Фурманчук Л.А.

ГУ РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Цель исследования — повысить эффективность лечения больных глиальными опухолями головного мозга путем применения нового метода комбинированного лечения с использованием брахитерапии иридием-192 с высокой мощностью дозы.

Методы исследования. 47 больным глиомами головного мозга различной (II–IV) степени злокачественности было проведено комбинированное лечение, включавшее циторедуктивное удаление опухоли, внутритканевую брахитерапию в дозе эквивалентной 40 Гр, дистанционную лучевую терапию в дозе эквивалентной 50 Гр. Пациенты группы исторического контроля ($n=51$) подвергались хирургическому лечению в том же объеме и дистанционному облучению в дозе эквивалентной 60 Гр. Все больные были разделены на подгруппы в зависимости от степени злокачественности опухоли. Эффективность лечения оценивалась на основании анализа показателей выживаемости, рассматривались структура и частота развития осложнений лечения.

Результаты и выводы. Применение нового метода комбинированного лечения с использованием брахитерапии с высокой мощностью дозы позволило увеличить у больных глиомами IV степени злокачественности (глиобластомами) медиану выживаемости с 9,6 мес (95% ДИ 7,1–12,1 мес) до 13,4 мес (95% ДИ 12,4–14,4 мес), одностепенную выживаемость с $22,7 \pm 8,9\%$ до $72,2 \pm 11,9\%$. Различия в выживаемости были статистически значимы ($\log\text{-rank}=0,023$). Больные переносили лечение удовлетворительно, развитие ранних осложнений потребовало прерывания курса брахитерапии лишь у одной больной (2,1% случаев). Количество ранних и поздних осложнений III, IV и V степени тяжести (выраженных, угрожающих жизни и фатальных) при применении исследуемой схемы лечения не превышало аналогичных показателей по данным референтных литературных источников.

СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ

Чиссов В.И., Решетов И.В., Зайцев А.М., Шелеско А.А.

Внутричерепные метастазы занимают лидирующее место в структуре злокачественных новообразований головного мозга. Принципы удаления метастазов в головной мозг соответствуют общим нейрохирургическим принципам удаления внутричерепных новообразований. В то же время наличие у пациента первичного онкологического заболевания обуславливает определенные особенности диагностического и лечебного этапов. Необходимо проведение полного диагностического комплекса в соответствии с локализацией первичного очага. При выявлении дополнительных метастазов объем обследований расширяется. Лечебная тактика вырабатывается совместно с онкологами,

радиологами и химиотерапевтами. Повторный консилиум указанных специалистов собирается после получения результатов планового морфологического заключения для определения необходимости и объема адъювантной терапии.

Таким образом, успешное лечение метастазов в головной мозг является сложной нейроонкологической проблемой, решение которой невозможно без участия онкологов, радиологов, химиотерапевтов и других специалистов.

ОРГАНИЗАЦИЯ

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Барышев А.Г.

*ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»
Департамента здравоохранения Краснодарского края,
Краснодар, Россия*

Основной целью онкологической службы Краснодарского края является создание системы социальных и медицинских мероприятий, направленной на улучшение профилактики, ранней диагностики и лечения современными методами злокачественных новообразований.

Цель. Проанализировать систему оказания онкологической помощи в Краснодарском крае и наметить пути ее совершенствования.

Результаты. Онкологическая служба Краснодарского края представлена ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края, 4-мя онкологическими диспансерами, утвержденными как межтерриториальные центры, и 46 онкологическими кабинетами в центральных районных и городских больницах в территориях края. Создание межрайонных диспансеров позволило решить многие задачи оказания специализированной онкологической помощи населению отдаленных районов не только организационно-методического, но и лечебно-профилактического плана: снизить транспортные расходы обращающихся за медицинской помощью пациентов, усилился контроль руководителей данных центров за проводимой в прикрепленных территориях диспансеризацией онкобольных, выпиской для льготной категории граждан лекарственных препаратов по программе дополнительного лекарственного обеспечения; ужесточился контроль за оказанием диагностических и лечебных услуг врачами общей лечебной сети онкологическим пациентам в закрепленных районах; расширился спектр проводимых межрайонными диспансерами санитарно-просветительных мероприятий по профилактике злокачественных новообразований и т.д.

Однако расширение сети специализированных учреждений края выявило и ряд глобальных проблем, требующих огромных материальных вложений. В г. Новороссийске в ближайшее время необходимо решить вопрос о строительстве стационара онкодиспансера, что станет этапом в приведении его коечного фонда в соответствие с нормативными документами. Без реорганизации радиологического отделения Армавирского онкодиспансера в полноценное стационарное отделение с современной аппаратурой и каньоном для лучевых установок оказание качественного комбинированного лечения онкологическим больным невозможно. Аналогичная ситуация складывается и в Сочинском онкологическом диспансере. Требуется больших капиталовложений и онкологическая служба Ейского района.

Коечный фонд онкологической сети края, который располагается в онкологических и лечебно-профилактических учреждениях, насчитывал в 2008 г. 1069 коек (2,1 на 10000 населения при нормативе 4,0). В 1996 г. в крае было 1428 онкологических коек, т.е. несмотря на ввод новых мощностей, отмечается отрицательная динамика коечного фонда.

В 2008 г. в Краснодарском крае штат онкологов составил 244,25 врачебных должностей, по сравнению с 1996 г. (154,0) их количест-

во увеличилось на 90,25 (при расчете на 1000 выявленных больных показатели за этот период возросли с 9,5 до 12,8). Это свидетельствует о стабильности кадрового состава и о пополнении службы новыми кадрами. Тем не менее, существенный недостаток специалистов отмечается в сельской местности. Число штатных единиц онкологов в муниципальных учреждениях здравоохранения сельских районов в расчете на 1000 выявленных больных за период с 1996 по 2008 гг. снизилось на 10,3%. При этом значительное число ставок онкологов в ЦРБ не заняты или закреплены за врачами других специальностей, не имеющих соответствующей квалификации для обеспечения диагностической и лечебной помощи онкологическим больным.

Очевиден рост нагрузки на врача онколога. За 13-летний период среднее число больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, в расчете на одного врача возросло с 867,4 до 995,7. Аналогично возросла нагрузка на онколога, состоящего в штате центральной районной больницы.

Анализ организации онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями Краснодарского края свидетельствует о том, что имеется еще немало проблем связанных с надежной системой ранней диагностики и лечения этой группы больных. Для организации санитарно-просветительной работы среди населения по пропаганде здорового образа жизни предлагается организовать отделение профилактики и просветительской работы в Краевом онкодиспансере. Основными задачами отделения станет разработка соответствующих методических пособий, издание Кубанского онкологического журнала, подготовка и издание пропагандистского материала в сотрудничестве со средствами массовой информации. Работа отделения должна быть тесно связана с деятельностью отделений профилактики центральных районных больниц и межтерриториальных онкодиспансеров. В организационном плане необходимо восстановить необходимое число смотровых кабинетов в крае и организовать отделения или кабинеты профилактики во всех поликлиниках.

Основными мероприятиями, которые могут способствовать улучшению онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями, на наш взгляд, должны быть: правильная и качественная работа смотровых кабинетов, открытие их во всех без исключения амбулаторно-поликлинических учреждениях, обязательное взятие мазков для цитологического исследования при всех видах медицинских осмотров, более совершенная система повышения квалификации врачей первичного звена по онкологии; проведение для врачей общей лечебной сети тематических семинаров по ранней диагностике и лечению злокачественных новообразований; обязательное знание региональных особенностей распространения злокачественных опухолей. Новые возможности специальных методов лечения дадут результат только в условиях совершенствования организационных форм медицинского обслуживания и, прежде всего, диспансерного метода, показавшего свою эффективность в прошлом.

Повсеместному повышению уровня и доступности консультативной помощи населению может способствовать организация телекоммуникационной системы «Онкология», которая позволит передавать диагностическую информацию из регионарных онкоучреждений в ведущие Московские клиники, осуществлять обработку ее специалистами и обратную передачу данных, содержащих конкретные рекомендации по ведению больного.

Выводы. Таким образом, несмотря на возросшие возможности лечения пациентов со злокачественными новообразованиями, улучшение качества онкологической помощи, реальный путь к стабилизации

ции эпидемиологической ситуации с онкологическими заболеваниями и снижению их социальных последствий лежит в совершенствовании системы ранней диагностики рака, в том числе в условии первичного звена здравоохранения и развитии профилактического направления в онкологии. Следовательно, в условиях общего экономического кризиса в стране не столько внедрение дорогостоящих высоких технологий лечения, сколько именно организация профилактики рака является одним из перспективных направлений увеличения продолжительности жизни населения и снижения смертности от злокачественных опухолей.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ (1991-2007 ГГ.)

Веялкин И. В., Ваккер А.В., Зубец О.И.

РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова,
Минск, Белоруссия

Целью настоящей работы являлось изучение заболеваемости злокачественными новообразованиями головы и шеи у жителей Республики Беларусь за период с 1991-2007 гг.

Материалы и методы. Исследование строилось на основе анализа данных Белорусского республиканского канцер-регистра.

Результаты. Опухоли головы и шеи (МКБ10: C00-14, C30-32) составляли в 1991г. 11% у мужчин и 1,5% у женщин, в 2007 г. 8,5% у мужчин и 1,0% у женщин, от числа всех злокачественных новообразований (C00-C96).

Наиболее часто из изучаемых опухолей встречаются злокачественные новообразования гортани (31,2% от всех злокачественных новообразований головы и шеи), гортаноглотки (12,3%), ротоглотки (12%), губы (11%) и языка (10,2%). Мужчины болеют в 7 раз чаще женщин. Наиболее выражена разница по полу, среди больных раком гортаноглотки (в среднем 158 случаев в год у мужчин и 2 у женщин), гортани (580 и 16 случаев), дна полости рта (115 и 6 случаев) и ротоглотки (177 и 16 случаев), наименее – среди больных злокачественными новообразованиями полости носа, среднего уха, придаточных пазух носа(41 и 26 случаев), слюнных желез (48 и 33 случаев) и носоглотки (25 и 12 случаев). При этом заболеваемость у жителей села в среднем выше, чем у жителей города.

Количество случаев злокачественных новообразований головы и шеи в Республике Беларусь у мужчин выросло с 1591 в 1991 г. до 1649 в 2007 г. (3,6%) или с 33,23 в 1991 г. до 36,36 на 100000 населения в 2007 г. Среди женщин количество случаев злокачественных новообразований головы и шеи выросло с 219 в 1991 г. до 237 в 2007 г. (8,2%) или с 3,98 в 1991г. до 4,5 на 100000 населения в 2007 г.

РАДИОЙОДТЕРАПИЯ В СТАНДАРТАХ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: НУЖНА ЛИ ОНА НАМ?

Гарбузов П.И.

Медицинский радиологический научный центр РАМН,
Обнинск. Россия

Общепринято, что комбинированное лечение дифференцированного рака щитовидной железы, включающее хирургию, гормонотерапию, радиоiodотерапию (РИТ) показано пациентам с высокими рисками рецидива и прогрессирования заболевания (признаки инвазии опухоли за пределы капсулы щитовидной железы, метастазы в лимфатические узлы, нерадикально удаленная опухоль или наличие отдаленных метастазов). Возможности адекватного применения РИТ в России ограничены неоправданно жесткими нормами радиационной безопасности (НРБ-99) при абсолютно недостаточном количестве специализированных коек (менее 5%). Согласно этим

нормам выписка пациента и проведение компьютерной сцинтиграфии всего тела для оценки распределения изотопа и выявления очагов патологического накопления разрешается при снижении мощности гамма-излучения до 3 мкЗв/ч на расстоянии 1 м, что соответствует активности 69 МБк йода-131 и исключает его использование в амбулаторной практике. Эта ситуация может быть кардинально решена при принятии более адекватных норм радиационной безопасности. К настоящему времени проведены многочисленные расчетные и экспериментальные исследования по оценке уровней облучения отдельных лиц из населения, которые контактируют с больными после их выписки из стационара. В различных странах приняты разные ограничения по мощности эквивалентной дозы излучения, исходящего из тела пациента при решении вопроса о времени его выписки. Согласно Публикации 94 Международного комитета по радиационной защите такое ограничение на расстоянии 1 м составляет: в Германии - 31,5 мкЗв/ч, в Японии - 30 мкЗв/ч, в США и Канаде - 70 мкЗв/ч.

Таким образом, несмотря на принятые в России стандарты и рекомендации, основанные на международных руководствах, адекватное лечение всех нуждающихся больных раком щитовидной железы с применением РИТ, без изменения ограничений по мощности дозы, установленных в НРБ-99, в настоящее время невозможно. Для реального их выполнения, при сохранении ограничений, потребуется немало времени и значительные финансовые затраты на строительство и оснащение специализированных отделений.

ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Гащенко А.Д., Тесленко Л.Г.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»
департамента здравоохранения Краснодарского края,
Краснодар, Россия

Рак щитовидной железы в структуре злокачественных новообразований среди женщин Краснодарского края занимает одно из лидирующих мест, составляя 5,2% в 2008 г.

Цель. Выявить основные проблемы повышения качества оказания помощи больным с раком щитовидной железы.

Материалы и методы. На территории Краснодарского края функционирует единственное узкоспециализированное онкологическое отделение для лечения опухолей головы и шеи в ГУЗ ККОД на 50 коек. Ежегодно лечение в этом отделении получают 1100-1250 человек, из них 30-35% составляют больные раком щитовидной железы.

Результаты. Правильная организация активного выявления ранних стадий рака щитовидной железы, адекватного его лечения с профилактикой гормональных нарушений позволяют добиваться излечения со сроками наблюдения 5 лет и более чем у 90% больных и возвращения трудоспособности более чем у 85% больных. Основой раннего выявления рака щитовидной железы является активное обнаружение больных с узловыми образованиями в щитовидной железе и своевременное полное их обследование. Все больные с узловыми образованиями на шее или подозрением на их наличие, выявленные при профилактических осмотрах или самостоятельно обратившиеся к врачам, должны быть сразу направлены на дообследование в специализированное учреждение. Этот этап организации раннего выявления рака щитовидной железы целесообразно проводить на базе ГУЗ ККОД, имеющего в штате специалистов по диагностике и лечению опухолей головы и шеи.

Таким образом, диагностическая тактика при узловых образованиях щитовидной железы должна быть направлена на обязательное установление достоверного диагноза до начала лечения путем подбора специальных клиничко-инструментальных методов исследования, позволяющих составить полное представление о клиническом течении образования, степени его распространенности, морфологической структуре и предстоящем объеме операции. Однако, основной проблемой оказания медицинской помощи больным со злокачествен-

ными новообразованиями щитовидной железы является лечение их в непрофильных стационарах. 50% таких больных из числа впервые взятых на учет получают хирургическое лечение в медицинских учреждениях неонкологического профиля. 16,5% из этой категории пролеченных пациентов повторно оперируются в условиях ГУЗ ККОД по поводу нерадикализма выполненных оперативных пособий. Чаще всего в неонкологических учреждениях таким пациентам не проводится предоперационная пункционная биопсия, которая является единственным дооперационным методом прямой оценки структурных изменений и установления цитологических параметров образований в щитовидной железе.

В отделении опухолей головы и шеи ГУЗ ККОД при операциях по поводу рака щитовидной железы проводятся, в основном, тиреоидэктомии и гемитиреоидэктомии. Все операции на щитовидной железе в отделении проводятся только экстрафасциально. При локализации опухоли в одной доле и распространенности процесса, соответствующего T1 или T2, необходимым и достаточным объемом хирургической агрессии является гемитиреоидэктомия. При поражении патологическим процессом обеих долей выполняется тиреоидэктомия, так как оставляемая часть доли щитовидной железы при субтотальной тиреоидэктомии часто является функционально несостоятельной для обеспечения требуемого количества гормонов в организме. При локализации опухоли в перешейке выполняется гемитиреоидэктомия с учетом лимфооттока из этой зоны. При манифестации регионарных метастазов выполняется фасциально-фулярная лимфодиссекция или, очень редко, операция Крайла. Считаем, что выполнение различных парциальных лимфаденэктомий при метастатическом поражении лимфоузлов является абсолютно недопустимым. Это предполагает проведение операции на путях лимфооттока только в специализированном отделении. При местнораспространенных опухолях в отделении проводятся расширенные экстирпации щитовидной железы с резекциями пораженных опухолью рядом расположенных органов. Крайне редко 1-3 операции в год выполняются стернотомии для удаления средостенных лимфоузлов. В основном удаляем лимфоузлы средостения из шейного доступа.

Процент осложнений после операций на щитовидной железе в отделении составляет 2,6-3,2%. В основном это парезы или параличи возвратных нервов — в 92% случаев всех осложнений, гипопаратиреоз — 4,5%, некроз мягких тканей — 4,5%. Частота рецидивов после операций при раке щитовидной железы, проведенных в отделении, уменьшилась за последние 3 года на 30%. Использование рациональной гормонотерапии позволило отметить достоверное снижение количества рецидивов при местнораспространенных формах высокодифференцированных опухолей после хирургического лечения. Начало приема тиреоидных гормонов в раннем послеоперационном периоде после тиреоидэктомии при диспансерном наблюдении дает возможность очень редко видеть проявления гипотиреоза.

Выводы. В условиях роста заболеваемости населения Краснодарского края раком щитовидной железы в последние годы качество оказания специализированной онкологической помощи больным соответствует общепринятым стандартам лечения только в специализированных онкологических учреждениях, обеспечивая при этом низкие показатели смертности и рецидивирования заболевания.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГУБЫ, РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГЛОТКИ И СМЕРТНОСТЬ ОТ НИХ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Грищенко С.В., Нагорный И.М., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Темниченко Д.П., Чистякова Л.В., Дьячков О.Н., Паска Е.П.

Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецк, Украина

Цель работы. Установить современные особенности распространенности злокачественных опухолей губы, ротовой полости, глотки и смертность от них жителей разных регионов Украины.

Материалы и методы. Исследование распространенности злокачественных опухолей губы, ротовой полости, глотки и смертность от них осуществлено среди жителей 25 областей Украины за 18-летний период времени (1990-2008 гг.). Материалами для изучения были данные национального и областных канцер-регистров, причем расчет показателей проводился по пяти крупнейшим территориальным регионам — Западному, Восточному, Центральному, Северному и Южному.

Результаты исследований. Нами установлено, что за исследованный период времени (1990-2008 гг.) распространенность рака губы снизилась абсолютно во всех регионах Украины, причем существенно в Северном (на 59,7%) и Восточном (на 62,5%), тогда как в среднем по Украине на 58,0%, а в Западном регионе на 49,2%. В тоже время распространенности злокачественных опухолей ротовой полости и глотки возросла во всех регионах Украины, причем наиболее всего в Западном регионе (на 44,4%), а наименьше — в Восточном (на 26,4%) и Центральном (на 15,8%). По распространенности, как рака губы, так и опухолей ротовой полости и глотки (среднегодовой показатель) исследуемые регионы Украины можно расположить следующим образом (в направлении увеличения распространенности): Западный > Восточный > Северный > Южный > Центральный. Анализ показал, что смертность населения от рака губы в среднем по Украине уменьшилась в 2,2 раза, наиболее в Центральном регионе (в 2,7 раза), а наименее в Западном (в 1,2 раза). Смертность жителей Украины от злокачественных опухолей ротовой полости и глотки в целом снизилась на 4,4%, больше всего в Восточном (на 13,3%) и Южном (на 13,9%) регионах. Но, несмотря на это она резко возросла (на 52,5%) в Западном регионе и менее существенно (на 12,3%) в Северном регионе. На основании многолетних сравнений уровня смертности населения Украины от рака губы регионы Украины можно условно расположить в таком порядке (в направлении возрастания показателей): Западный > Восточный > Северный > Центральный > Южный, а за уровнем смертности от злокачественных опухолей ротовой полости и глотки немного иначе: Западный > Восточный > Центральный > Южный > Северный.

Выводы. Нами установлены современные особенности статистики и динамики показателей распространенности злокачественных опухолей губы, ротовой полости и глотки среди населения разных регионов Украины. Выявленные закономерности будут использованы при разработке комплексной системы вторичной и третичной онкопрофилактики среди жителей Украины.

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В СТРУКТУРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Назарочкин Ю.В.

Астраханский филиал ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА», ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия», Астрахань, Россия

Весьма проблематичным аспектом организации медицинской деятельности является оперативное представление информации о структуре госпитализированной заболеваемости, когда в основе «онкологической настороженности» находятся крупные отрезки времени (отчетный год, квартал). Проблема изучения результатов оториноларингологической помощи в стационаре, где опухоли головы и шеи встречаются в 10-15% случаев, нам представляется актуальной для адаптации понимания их частоты в виде интуитивных схем, доступных для большинства участников лечебно-диагностического процесса. Полезной является возможность использовать периодический анализ для прогнозирования заболеваемости.

Периодический анализ структуры заболеваний пациентов, госпитализированных в ЛОР-отделение, в соответствии со структурой ЛОР-заболеваний по МКБ-10, принятой за структуру временного ряда (на основе уравнения регрессии Фурье), позволил выделить патологию, соответствующую критериям «сезонной» составляющей (острые риносинуситы, обострения хронических риносинуситов, острые наружные и средние отиты — весна-осень с периодом колебаний T(x)

8-11 месяцев). В качестве «циклических» составляющих временного ряда нами рассматривались поражения клетчатки головы-шеи, обострения хронического гнойного среднего отита и носовые кровотечения с периодом колебаний $Tf(x)$ 10-11 месяцев.

В качестве «случайной» составляющей временного ряда ЛОР-заболеваний, нами отмечены: заболевания гортани и глотки, травмы, невоспалительные заболевания уха и опухоли ЛОР-органов.

Значение периода функции, определяемой уравнением Фурье ($Tf(x)$) и соответствующей периоду изменений числа новых случаев онкологических ЛОР-заболеваний, может служить предметом анализа и прогнозирования (патент РФ № 2264168 20.11.2005). Для предположительной оценки числа новых случаев заболевания необходимы значения периода функции, амплитуды колебаний и среднее значение. Предполагающиеся постоянными, период и амплитуда формируют временной интервал новых случаев заболевания, в котором находится прогнозируемый показатель распространенности.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ РАДИОЙОДТЕРПИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОССИИ. НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

*Родичев А.А., Крылов В.В.,
Дроздовский Б.Я., Гарбузов П.И.*

*ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН,
Обнинск, Россия*

Согласно клиническим рекомендациям диагностики и лечения дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ), принятым XI Всероссийским конгрессом онкологов в 2007 г., после хирургического лечения всем больным группы высокого риска показана радиоiodтерапия (РИТ). По статистическим данным, в 2005 г. в России имелось более 83,5 тысяч больных ДРЩЖ. Ежегодно выявляется около 8000 новых случаев, среди которых почти 1/4 имеют 3–4 стадии заболевания. По самым скромным оценкам в год РИТ требуется почти 2000 первичным больным ДРЩЖ и более чем 6000 повторным (2 раза в год и более). Между тем, в России существуют всего несколько центров, имеющих возможность оказания данного вида медицинской помощи. Кафедра радиологии РМА ПО г.Москвы – 24 койки, ГУ МРНЦ РАМН г. Обнинска – 36, Областная клиническая больница г. Омска – 8. В Петрозаводске, Нижнем Новгороде и Благовещенске РИТ проводится только больным тиреотоксикозом, что связано с отсутствием необходимой системы очистных сооружений. Планируемые центры ядерной медицины в Димитровграде и Самаре находятся в различной стадии проектировки и строительства. Для сравнения: европейские страны имеют около 250 клиник с более чем 1000 коечным фондом. К настоящему времени в ГУ МРНЦ РАМН существует многомесячная очередь на лечение при том, что за последние 12 лет интенсивность работы возросла в 5 раз! В 1996 г. РИТ получили 386, а в 2008 г. уже 2163 пациента, среди которых 3/4 больные ДРЩЖ. Многим тяжелым больным приходится добираться до места лечения через всю страну.

Сложившаяся ситуация становится неприемлемой и срочно требуется создания региональной сети клиник радионуклидной терапии.

ВЫДЕРЖКИ ИЗ НАЧАЛА ИСТОРИИ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЕВРОПЕ И США (КОНЕЦ 18 – НАЧАЛО 20 ВЕКОВ)

Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А.

*Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии, онкологии,
ВГПХ Санкт-Петербургской государственной
педиатрической медицинской академии,
Городской центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы,
Санкт-Петербург, Россия*

Первая резекция щитовидной железы, о которой сохранилось печатное упоминание, была произведена Pierre Joseph Desault в 1791 в Париже во время французской революции. Guillaume Dupuytren следовал за Desault по стопам и в 1808 году выполнил первую «тотальную» тиреоидэктомию. К несчастью, несмотря на небольшую интраоперационную кровопотерю, пациент умер от «шока». Но современная история хирургического лечения заболеваний ЩЖ насчитывает только около 150 лет. G.B. Gunther (1864) удалось собрать со времен Celsus до 1861 года описание лишь 41 резекции ЩЖ. В период между 1785 и 1876 годами G. Bruberger (1876) объединил информацию уже о 82 таких операциях. В его работе есть упоминание о первых двух операциях, выполненных Т. Kocher.

Насколько Н.И. Пирогов опередил время, впервые в мире выполнивший резекцию ЩЖ под наркозом, можно судить по тому, что следующая подобная операция под общим обезболиванием была осуществлена E.S. Coorer (1860) 13 годами позже. Николай Иванович был не единственным в России, кто уже через год после первого применения эфирного обезболивания J.M. Warren в 1846 году в Бостоне (США) оперировал под наркозом. Илья Васильевич Буяльский, консультант Мариинской больницы в г. Санкт-Петербурге с 1831 по 1864 годы, применил в мае 1847 года в этой больнице эфирный наркоз. В 1848 г. он использовал хлороформный наркоз для операции у 8-месячного ребенка. Насколько опасными были операции на ЩЖ, можно судить по опыту Т. Billroth, выдающегося хирурга, считавшего Н.И. Пирогова своим вождем и руководителем. После его первых 20 операций на ЩЖ, в период руководства университетской клиникой в Цюрихе, погибло от кровотечения, шока и сепсиса 8(40,0%) пациентов. Это заставило Т. Billroth прекратить оперировать таких больных на долгие для хирурга 10 лет.

W.S. Halsted в 1920 г., среди многих выдающихся достижений Т.Е. Kocher, назвал следующие.

1. Он обратил внимание на то, что после полного удаления ЩЖ в организме происходят существенные изменения, названные им «Cachexia thyreor strumipriva».
2. Изучал совместно с морфологом Т. Langhans (1907) злокачественные опухоли ЩЖ.
3. Усовершенствовал технику операций на ЩЖ, в том числе, считал непременным лигирование сосудов ЩЖ до начала ее резекции. Это обеспечило десятикратное снижение послеоперационной летальности.
4. Улучшил диагностику и внедрил в терапию больных диффузным токсическим зобом хирургический способ лечения.
5. Установил опасность необоснованного применения йода у больных зобом.

Из других хирургов, внесших значительный вклад в развитие тиреоидологии, следует назвать имя ученика и ассистента Т. Billroth, J. Mikulicz (Mikulicz - Radecki) (1886 год), работавшего в дальнейшем директором университетских хирургических клиник в Кракове (с 1882 г.), Кенигсберге (с 1887 г.), Бреславле (с 1898 г.). Он предложил сохранять пластинки тиреоидной ткани при удалении ЩЖ в области трахеопищеводных борозд с целью профилактики повреждений возвратных гортанных нервов (ВГН) и тетании. В последующем подобную методику операции продвигали W.S. Halsted (1920) и О.В. Николаев (1952). Вельяминов Николай Александрович (1855–1921 гг.), лейб – хирург, после ухода с поста начальника Военно-медицинской академии в 1912 г. был назначен главным хирургом Мариинской больницы в период с 1914 по 1917 гг. В 1917 г. в период первой мировой войны был назначен главным хирургом русской армии. В 1886 году, впервые в России выполнил резекцию щитовидной железы по поводу диффузного токсического зоба.

W.S. Halsted впервые увидел Т. Kocher летом 1899 года. После этого они много раз встречались как друзья на протяжении 20 лет. Позже, в 1920 году, W.S. Halsted написал: «Искусство Т. Billroth, Т. Kocher и их учеников в хирургическом лечении зоба было почти превосходным, поэтому осталось небольшое количество проблем, нуждающихся в решении».

Разрабатывая безопасную методику резекции ЩЖ, хирурги в конце 19 века изучали анатомию зоны операционных действий и в этом отношении работа А. Вергу заслуживает особого внимания. Им было установлено, что «... ЩЖ наиболее плотно фиксирована к перстневидному хрящу соединительной тканью...», которую он назвал «подвешивающей связкой (suspensory ligament)». В дальнейшем, в англо-

язычной литературе, подвешивающая связка ЩЖ получила имя Berry (Berry ligament). В настоящее время ей придается большое значение при удалении ЩЖ, так как отмечено наиболее частое повреждение возвратного гортанного нерва именно в этой области. Кроме того, оценивая эффективность нехирургических способов лечения паренхиматозного и кистозного зоба, в частности инъекциями различных иод и - спиртсодержащих склерозирующих растворов в ЩЖ, он высказал актуальные и сегодня соображения: «На сегодняшний день (конец 19, начало 20 века) этот метод лечения тиреоидных кист используется теми, кто не знаком с деталями современной асептической хирургии и теми, кто чрезвычайно стремится избежать огромного риска операции с образованием линейного рубца (на шее)»

К началу 20 века, благодаря появлению общего обезболивания в 1846 г. и более совершенной местной анестезии, антисептики в 1867 г. и асептики, крючков для разведения краев раны в 1870 г. и кровоостанавливающих зажимов, разработке эффективной методики операций на ЩЖ, резко уменьшилась периоперационная летальность. Очередными задачами, которые предстояло решать хирургам, стало снижение числа осложнений в виде послеоперационных параличей гортани и гипопаратиреоза.

НАБЛЮДАЕМАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОРТАНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Тесленко Л.Г.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» Департамента здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Ежегодно в Краснодарском крае регистрируется 220-250 вновь выявляемых случаев заболевания раком гортани. По данным Популяционного ракового регистра Краснодарского края злокачественными новообразованиями гортани, в основном, страдают мужчины в возрасте 45 лет и старше. Пик заболеваемости приходится на возраст 55-59 лет.

Цель. Оценить показатели 7-летней наблюдаемой выживаемости при раке гортани в зависимости от методов проведенного лечения.

Материалы и методы. Наблюдаемая выживаемость больных раком гортани в зависимости от хирургического, лучевого и комбини-

рованного методов лечения была рассчитана по базе данных Популяционного ракового регистра Краснодарского края за 2001-2007 гг.

Результаты. Из числа впервые взятых на учет больных раком гортани в 2001 г. (231 мужчина и 12 женщин) 7 лет прожили: 121 мужчина и 5 женщин. Поэтому сравнивать выживаемость мужчин и женщин необходимо с осторожностью в силу большего распространения данной патологии среди мужского населения. Показатели 7-летней наблюдаемой выживаемости всего населения края при раке гортани составляют от $87,5 \pm 5,8\%$ при I стадии до $49,5 \pm 4,4\%$ при III стадии $20,2\%$ при IV стадии. Все дожившие до 2008 г. женщины получили комбинированный метод лечения. Ниже рассматриваются показатели только для мужчин. После хирургического лечения 7-летняя выживаемость составила 100% при I стадии заболевания (2 человека) и 0% при III стадии (3-е больных, получивших только хирургическое лечение, умерли). После лучевого лечения — $81,5 \pm 7,5\%$ (I стадия), $53,9 \pm 4,3\%$ (II стадия) и 0% (III стадия, 2-е больных умерли). Использование комбинированного метода дало следующие результаты: 100% при I стадии, 100% при II стадии и $52,9 \pm 3,2\%$ при III стадии. Следовательно, наиболее высокие цифры 7-летней выживаемости отмечаются у больных раком гортани в I-II стадиях, получивших комбинированный вид лечения.

Надо заметить, что из 42 мужчин с впервые зарегистрированным злокачественным новообразованием гортани в IV стадии 8 человек пережили 7-летний рубеж (наблюдаемая выживаемость составила $20,2 \pm 6,3\%$). Все они получили комплексное лечение.

Выводы. Таким образом, с помощью показателя выживаемости можно судить об эффективности проводимого лечения, качестве медицинского обслуживания населения и строить некоторые прогнозы.

Необходимо отметить и другой немаловажный аспект данной проблемы. Хорошие результаты лечения злокачественных опухолей гортани отмечаются в начальных стадиях заболевания, поэтому все усилия должны быть направлены на профилактику, раннее выявление и лечение предраковых заболеваний гортани. Пациенты с предраковыми процессами в гортани должны находиться под диспансерным наблюдением в онкологическом диспансере и осматриваться онкологом-отоларингологом не реже трех раз в год. Только своевременная диспансеризация и лечение предраковых заболеваний гортани, ранняя диагностика рака гортани могут привести к изменению соотношения ларингэктомии к резекциям гортани в пользу последних. Это позволит повысить процент медицинской и социальной реабилитации (восстановление дыхательной, голосовой и защитной функции этого органа).

ПОЛОСТЬ РТА, ГОРТАНЬ, ГЛОТКА

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА

Абдурахимов О.Н.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования — Провести сравнительную оценку результатов лечения двух вариантов лечения местнораспространенного рака слизистой дна полости рта.

Материалы и методы. Всем больным с распространенностью опухоли T4N1-2M0 проведено два цикла ПХТ препаратами 5-фторурацил и цисплатин. В первой группе 22 больным был проведен химиолучевой терапии: предоперационный курс дистанционной гамма-терапии РОД 3 Гр, 5 раз в неделю, до СОД — 40 Гр. Через 3 недели произведена операция на первичном очаге и на регионарных лимфатических узлах. Через 1 месяц проведен 1 цикл полихимиотерапии ПХТ. Вторая группа — 21 больной, которым проведена химиолучевая терапия: ДГТ РОД — 2 Гр, СОД — 60 Гр с трехнедельным перерывом (расщепленный курс), через 3 недели проведено химиолучевое лечение.

Результаты и обсуждение. Пятилетняя выживаемость больных в первой группе составила 59,7%, во второй — 43,9%. Полученные результаты свидетельствуют, что уменьшение срока проведения комплексной терапии местнораспространенного рака слизистой оболочки полости рта улучшает отдаленные результаты лечения, так как в наших наблюдениях у большинства больных изначально имел место распад опухоли в первичном очаге или в регионарных лимфатических узлах.

КОМБИНИРОВАННО-РАСШИРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА

Абдурахимов О.Н.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Лечение местнораспространенного рака слизистой оболочки дна полости рта требует комплексных методов лечения. Общепринятым является применение химиолучевой терапии в предоперационном периоде. При этом большие трудности возникают не только при лечении первичного очага, но и с развитием регионарных метастазов. Как правило, поражаются глубокие коллекторы лимфатических узлов и нередко наблюдается их двухстороннее поражение. Целью нашего исследования явилось улучшение результатов лечения местнораспространенного рака слизистой оболочки дна полости рта.

Материалы и методы. Комбинированно-расширенные операции в плане комплексного лечения были проведены у 62 больных раком слизистой дна полости рта со стадиями T3-4N2a-2bM0, из них N2a — у 22 больных и N2b — у 40 пациентов. Объем хирургического

вмешательства зависел от распространенности первичной опухоли и наличия регионарных метастазов. Проведена резекция тканей дна полости рта и передней трети языка. У 51 больного операция с фасциально-фулярным иссечением выполнялась в полном объеме с одной, наиболее пораженной стороны. Субтотальная резекция языка с иссечением тканей дна полости рта и лимфодиссекцией подчелюстного треугольника с противоположной стороны проведена у 11 пациентов.

Результаты и обсуждение. В сроки от 1 до 3 месяцев у 23 больных были обнаружены регионарные метастатические лимфатические узлы со стороны, не подвергавшейся резекции. В связи с этим, данной категории пациентов было выполнено расширенное фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи.

Вывод: Таким образом, при местнораспространенном раке слизистой дна полости рта показана двусторонняя радикальная лимфодиссекция шейных лимфатических узлов.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОРТАНИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВОДА

Барышев А.Г., Гащенко А.Д.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»
Департамента здравоохранения Краснодарского края,
Краснодар, Россия

В Краснодарском крае каждый третий больной раком гортани и каждый второй раком пищевода регистрируется в запущенной стадии заболевания. Одновременное поражение гортани и пищевода требует применения комбинированных хирургических вмешательств.

Цель. Проанализировать выполненные в условиях ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» операции больным со злокачественными новообразованиями гортани с распространением опухолевого процесса на пищевод.

Материалы и методы. В отделении опухолей головы и шеи ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» в течение 2003-2007 гг. выполнено комбинированное хирургическое лечение 18 больным, имевшим рак гортани с одновременным поражением верхнего отдела пищевода.

Результаты. Для диагностики характера и степени распространенности злокачественного новообразования всем больным выполнялись фиброларингоскопия, фиброзофагоскопия и компьютерная томография. У всех больных гистологически был верифицирован рак. Одновременно с эктирпацией гортани мы выполняли резекцию шейного отдела пищевода с формированием трахеостомы, зеофагостомы и фарингостомы. Через год 7-ми больным была выполнена реконструктивно-восстановительная операция с использованием кожно-мышечных лоскутов большой грудной мышцы для восстановления пищевода и трахеи с попыткой восстановления голосовой функции протезом Provox. У всех протезированных пациентов голосообразование было

неудовлетворительным, что, по нашему мнению, зависело от низкой функциональности трансплантатов.

Выводы. Комбинированное хирургическое лечение у больных с одновременным поражением злокачественным процессом гортани и пищевода позволяет добиваться положительных результатов в увеличении наблюдаемой выживаемости больных. Проведение в дальнейшем реконструктивно-восстановительных операций способствует социальной адаптации больных. Однако, для формирования достаточной социальности в плане голосовой функции необходим подбор более функционально приемлемых трансплантатов. По-видимому, это должны быть аутоотрансплантаты.

ВИДЕАССИСТИРОВАННАЯ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ С ТЕРМОАБЛАЦИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНИ

Голубцов А.К., Решетов И.В., Севрюков Ф.Е.

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена,
Москва, Россия

Цель – улучшение результатов лечения больных местнораспространенным раком гортани с использованием современных хирургических технологий.

Методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена с 2006 г. выполняются видеoaссистированные эндоларингеальные резекции гортани с радиочастотной абляцией с использованием эндовидеоскопического комплекса и аппарата для ВЧ-гипертермии в объеме фронто-латеральной резекции с сохранением щитовидного хряща, после наложения трахеостомы.

Результаты. Выполнены хирургические вмешательства 14 больным с раком гортани стадии T1-3N0M0 в плане самостоятельного хирургического вмешательства либо комбинированного лечения с предоперационной либо послеоперационной лучевой терапией. Декалония больных производится на 2-3 сутки после операции. С 2006г. при контрольных обследованиях пациентов не отмечено продолженного роста, либо рецидива опухоли гортани.

Выводы. Способ позволяет сохранить красную, дыхательную, голосовую функцию гортани, уменьшить вероятность послеоперационных кровотечений, стенозов, стриктур, предотвратить лимфогенную и гематогенную диссеминацию опухолевых клеток, сократить сроки заживления.

ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГЛОТКИ И ГУБЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Грищенко С.В., Нагорный И.М., Чистяков А.А., Гончар А.Г.,
Темниченко Д.П., Чистякова Л.В., Дьячков О.Н., Паска Е.П.

Донецкий областной противоопухолевый центр,
Донецк, Украина

Цель работы. Определить долгосрочные закономерности формирования первичной онкопатологии ротовой полости, глотки и губы среди населения разных регионов Украины.

Материалы и методы. Изучение частоты злокачественных опухолей ротовой полости, глотки и губы было проведено среди населения Украины за период с 1990 по 2008 год по следующим регионам: Западный, Центральный, Восточный, Северный и Южный. Материалами для исследования онкозаболеваемости были данные Национального канцер-регистра Украины.

Результаты исследований. Проведенные исследования показали, что за последние 18 лет (1990-2008 гг.) в целом по Украине частота возникновения рака ротовой полости и глотки выросла на 11,3% – с 7,9-8,0‰ооо в конце 80-х годов, до 9,0-9,2‰ооо в 2004-2008 го-

дах. Но это увеличение проходило неодинаково в разных районах Украины. Наиболее существенно (на 55,8%) первичная онкозаболеваемость этой локализации увеличилась там, где раньше (15-20 лет назад) регистрировались низкие показатели – в Западном регионе Украины. Минимальное увеличение частоты возникновения рака ротовой полости и глотки зафиксировано в Восточном (+2,7%) и Южном (+6,5%) регионах, а Центральный (17,4%) и Северный (+24,7) регионы занимают в этом отношении промежуточное положение. Установлено что среднегодовой показатель первичной заболеваемости раком ротовой полости и глотки был достоверно ($p < 0,01$) больше среднего по Украине ($M = 9,1 \pm 0,2\%$) в Северном ($10,6 \pm 0,2\%$), Центральном и Южном ($10,2 \pm 0,0\%$) регионах, а достоверно ($p < 0,001$) низким – в Западном ($7,0 \pm 0,3\%$) и Восточном ($7,6 \pm 0,1\%$) регионах. В отличие от злокачественных новообразований ротовой полости и глотки частота возникновения рака губы за исследуемый период времени снизилась в среднем по Украине на 78,8% (с 5,7 до $3,2 \pm 0,0\%$), причем существенно в Восточном (-100,0%) и Центральном (-81,3%) регионах, а меньше всего в Северном и Южном (-57,5-59,1%). Среднегодовые (1989-2006 г.) показатели первичной заболеваемости раком губы максимальные ($p < 0,05$) в Центральном ($6,2 \pm 0,4\%$) и Южном ($6,0 \pm 0,3\%$) регионах Украины, а минимальные ($p < 0,05$) в Западном ($3,8 \pm 0,2\%$) и Восточном ($4,0 \pm 0,3\%$).

Выводы. Таким образом, установлены современные долгосрочные закономерности формирования первичной онкопатологии губы, ротовой полости и глотки среди населения Украины. Определены тенденции динамики частоты возникновения этих заболеваний, а также территории повышенного и низкого риска их возникновения. Полученные эпидемиологические закономерности будут использованы при разработке методов профилактики злокачественных новообразований ротовой полости, глотки и губы среди жителей разных регионов Украины.

НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕЗЕКЦИЙ ГОРТАНИ С ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ

Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М., Романова Е.С.

Онкологический клинический диспансер №1,
Москва, Россия

Несмотря на современные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения рака гортани у подавляющего числа больных, которые обращаются в специализированные лечебные учреждения, выявляют III и IV стадии опухолевого процесса. Применение современных методов лечения позволяет в ряде случаев даже при наличии распространенного рака гортани провести органосохранное лечение. Значительная распространенность опухоли предполагает применение чаще всего комбинированного метода лечения с выполнением функционально-сохранных операций. В результате резекций хрящей гортани нарушается каркасность и уменьшается передне-задний размер органа. С целью реконструкции гортани и предупреждения сужения просвета органа мы применяли силиконовые протезы оригинальной конструкции.

Материалы и методы. Наш опыт основан на выполнении 108 резекций гортани по поводу рака (Т2N0M0 – 67; Т3N0M0 – 30 пациентов и 11 больных с рецидивом опухоли после лучевой терапии). После выполнения функционально-щадящих операций, особенностью которой является удаление больших фрагментов щитовидного, перстневидного хрящей и колец трахеи, для восстановления просвета гортани мы использовали силиконовые протезы, которые устанавливали в просвет органа и фиксировали лигатурами на коже. Конструкция протеза предупреждает попадание пищи в легкие, а боковые отверстия в протезе позволяют осуществлять дыхание через естественные пути. После формирования просвета гортани, протезы удалялись через 2,5-3 недели после операции.

Результаты. После выполнения резекции гортани с применением силиконовых эндопротезов с целью создания просвета органа, дыхательная функция восстановлена у 106 (98,1%) из 108 человек. Кроме того, у этой группы больных восстановлена голосовая

и защитная функция. Причиной постоянного канюленосительства являлось наличие рубцового стеноза гортани.

Вывод. Таким образом, применение силиконовых протезов при резекциях гортани позволяют восстановить дыхательную, защитную и голосовую функции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ И ЛАРИНГЭКТОМИИ

*Кожанов Л.Г., Соколов В.В.,
Сдвижков А.М., Елисеенков Г.В.*

*Онкологический клинический диспансер №1
Департамента здравоохранения,
Москвы, Россия*

Известно, что 60-70% больных раком гортани поступают на лечение в 3 и 4 стадии заболевания.

При распространенных опухолях гортани выполняют ларингэктомию. Однако у значительного числа больных возможно выполнение комбинированных и расширенных резекций без нарушения онкологической абластики. Эти операции предусматривают удаление больших фрагментов гортани, что приводит к сужению органа. Длительное канюленосительство также приводит к нарушению дыхательной функции за счёт возникновения стеноза трахеи.

По данным литературы, послеоперационный стеноз гортани и трахеи отмечается в 22-57% случаев.

Выбор метода лечения стеноза в первую очередь определяется видом, локализацией и протяженностью последнего.

Наш опыт основан на наблюдении 184 больных стенозом оперированной гортани и трахеи, у которых использованы различные методы лечения по устранению стенозов, из них хирургическим методом пролечено 117 человек, эндоскопическим с применением физических факторов — 67 человек.

Хирургическое лечение заключалось в иссечении рубцовых тканей и формировании просвета органа на силиконовых эндопротезах, Т-образных трубках, при стенозах трахеи — реконструктивно-пластические операции.

Эндоскопические операции с использованием физических факторов выполнены 57 больным. При выявлении грануляций и фиброзной ткани в трахее и гортани использовали аргон-плазменную коагуляцию. При рубцовых стенозах гортани применяли АИГ неодимовый лазер (импульсный).

Полное восстановление просвета гортани и трахеи достигнуто у 89,1% больных, рестенозирование просвета органа отмечено у 10,9%.

Комплексный подход в лечении стенозов оперированной гортани и трахеи с применением реконструктивно-пластических операций и эндоскопической хирургии позволил достаточно успешно восстановить просвет органов и добиться реабилитации дыхательной и голосовой функций.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИПЕРТЕРМИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯЗЫКА

*Маторин О.В., Корицкий А.В., Голубцов А.К.,
Севрюков Ф.Е., Бобров А.А.*

*ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена,
Москва, Россия*

Цель: Изучить эффективность лечения рака языка методом гипертермии.

Материалы и методы. Предложен способ лечения рака языка методом радиочастотной термоабляции. Температурное воздействие выполняется в режиме 60-80°C с экспозицией в точке подведения

энергии 1,5-2 минуты. Таким образом, выполняется профилактическое воздействие на капиллярную лимфатическую сеть органа путем пошаговой обработки опухоли языка по периметру: от уздечки — по средней линии языка до корня — по язычно-десневому карману — по границе дна и подвижной части языка с интервалом в 1см с глубиной погружения антенны от 1см в области кончика до 3см у корня с последующим непосредственным воздействием на опухолевый узел. Вводимые во взаимно перпендикулярных плоскостях антенны-электроды формируют пространственную сетку с равномерным прогревом каждого кубического сантиметра опухоли, тем самым гарантируя гибель опухолевых клеток.

Мы располагаем опытом лечения 25 пациентов. Первичная цитоморфологическая оценка новообразований оценивалась с учетом данных ультразвукового обследования, КТ и пункционной биопсии. По гистогенезу опухолевого процесса — плоскоклеточный рак. Из них 13 мужчины и 12 женщины. Возраст больных составил от 25 до 78 лет. По стадиям больные распределились следующим образом: I стадия — 7; II стадия — 3; III стадии — 13; IV стадия — 2. По характеру опухолевого процесса первичные опухоли составили — 25. Характер предшествующего лечения составил 12 — лучевая терапия (предоперационная — 11, по радикальной программе — 4). В плане предоперационной подготовки для предотвращения развития осложнений и нарушения питания опухоли 11 больным выполнена суперселективная эмболизация ветвей наружной сонной артерии на стороне поражения. У 16 больных интраоперационно выполнена перевязка наружной сонной артерии на стороне поражения. Период наблюдения в данной группе составляет от 3 до 20 месяцев.

Таблица

	Стабилизация	Регрессия	Рецидив
Первичная опухоль	—	23	2

Выводы. Полученные первые положительные клинические результаты комбинированного лечения больных со злокачественными опухолями языка с использованием радиоволнового комплекса «Метатом-2» свидетельствуют о перспективности метода. В целом улучшение результатов лечения больных данной локализаций должно рассматриваться в плоскости комплексного подхода и методика радиочастотной термоабляции может стать одним из важных современных звеньев в терапевтической цепи.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ

*Мухамедов М.Р., Черемисина О.В., Уразова Л.Н.,
Панкова О.В., Кульбакин Д.Е.*

*НИИ онкологии СО РАМН,
Томск, Россия*

По литературным данным, в 60% случаев на фоне предопухолевых и фоновых процессов в гортани — папилломатоза, пахидермий, дискератозов, хронических воспалительных заболеваний гортани — гиперпластических ларингитов в сроки от 6 мес. до 7 лет развивается рак гортани. Представляется актуальным скрининг пациентов с предопухолевыми заболеваниями гортани для формирования групп риска. Согласно разработанной программе по формированию групп риска по развитию рака гортани совместно с городскими ЛПУ было обследовано 73 пациента, находившихся на учете у оториноларингологов с хронической патологией гортани, с различными сроками диспансеризации. В исследуемую группу вошли пациенты с ХГЛ — хроническим гиперпластическим ларингитом (n — 36), папилломатозом гортани и единичными папилломами (n — 19), различными доброкачественными образованиями (n — 11), и 7 пациентов с сочетанным поражением гортани (ХГЛ и различные новообразования). Из этой группы больных у 17 пациентов (23,3%) впервые был выяв-

лен ранний рак гортани, в том числе I стадия процесса — у 11 больных, и у 6 — II стадия. Кроме того, у 34 больных (46,6%) диагностированы диспластические (предопухолевые) изменения слизистой оболочки гортани различной степени тяжести, в том числе III (тяжелая) степень дисплазии, которая по современной классификации ВОЗ рассматривается как облигатный предрак, выявлена у 9 больных. Дисплазия II степени выявлена у 8 пациентов с ХГЛ, у 3 больных — с папилломами и у 1 — с доброкачественным образованием гортани (полип). Дисплазия I степени тяжести обнаружена при ХГЛ у 8 больных, при папилломах — у 2 и при доброкачественных новообразованиях — у 2 пациентов. Таким образом, формирование групп больных с предопухолевой, фоновой патологией гортани путем проведения активной диспансеризации позволяет улучшить показатели ранней диагностики и, как следствие, результаты лечения данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ МИОТОМИИ КОНСТРИКТОРОВ ГЛОТКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И ОТСРОЧЕННОМ ГОЛОСОВОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ.

Новожилова Е.Н.

Московская городская онкологическая больница № 62,
Москва, Россия

Актуальность. Одной из основных проблем голосового протезирования является фарингоспазм. Он препятствует прохождению воздуха через глоточно-пищеводный сегмент и делает невозможной фонацию (по данным различных авторов встречается у 25-30% больных).

Материалы и методы. Метод ТПШП применяется нами с 1999 г, голосовая функция восстановлена 175 больным.

Результаты исследования. В нашей практике мы столкнулись с фарингоспазмом у 20,3% пациентов. Распознать это состояние непросто. Как правило, пациенты не предъявляют специфических жалоб, а при инструментальном обследовании у них не удается выявить патологических изменений со стороны глотки и пищевода.

Для диагностики фарингоспазма применяем инсультационный тест, при оценке которого различаем 3 категории ответов:

- а) положительная проба характеризуется нормальным тонусом констрикторов глотки.
- б) отрицательная проба характеризует спазмом констрикторов глотки. Фонация отсутствует.
- в) при сомнительной пробе больной способен произносить отдельные звуки, но с большим напряжением. Это гипертонус сжимателей глотки.

Экспериментальным путем было установлено, что если давление в фаринго-эзофагальном сегменте составляет до 50 мм.вд.ст. — возможно применить логопедические методики для преодоления гипертонуса и формирования свободной фонации. А при повышении давления свыше этого значения требуется использование хирургических пособий.

Предложено несколько путей купирования фарингоспазма. При этом консервативные методы имеют лишь временный эффект и достаточно дороги (ботокс), а при использовании хирургических методик авторы указывают на трудности их выполнения и большой процент возможных осложнений. Наиболее надежным методом купирования фарингоспазма является миотомия констрикторов глотки.

Нами была разработана методика миотомии констрикторов глотки, которая позволяет надежно купировать фарингоспазм. Техника этой операции различна при первичном и отсроченном протезировании.

Методика отсроченной миотомии предполагает боковой доступ к глотке и пищеводу и рассечение констрикторов на всем протяжении (от уровня основания языка до входа в пищевод). Преимущества нашей методики состоят в том, что: она менее травматична, чем ее аналог; возможно применение ее без тотальной релаксации больного; при патологии позвоночника и полости рта.

Первичная миотомия технически значительно проще отсроченной. Рассечение констрикторов производится по средней линии, до ушивания глотки. В этом случае не нарушены анатомические взаимоотношения тканей и имеется хороший доступ к глотке и пищеводу.

Выводы. Проанализировав причины неудач, в настоящее время мы пришли к выводу, что во время ларингэктомии целесообразно сразу выполнять и миотомию всем пациентам. Это позволит предо-

тратить фарингоспазм и избежать проблем с голосом при отсроченном протезировании.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ РАКЕ ГОРТАНИ

Письменный В.И.

Самарский областной клинический онкологический
диспансер, самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия

Лечение стенозирующего рака гортани имеет особенности, это связано с распространением опухолевого роста и нарушением функции внешнего дыхания. Проблема стеноза верхних дыхательных путей за счет опухолевого роста усугубляет общее состояние больного, клиническое течение болезни и план лечения выстраивается от значимости и угрозы симптомов, выходящих на первый план.

Материалы и методы. В исследование включены 166 больных, поступивших на лечение со стенозом верхних дыхательных путей верифицированным раком гортани. Стадия заболевания соответствовала Т3-4НОМО — (98 больных), Т3-4Н1-2МО — (35 пациентов), рецидив или продолженный опухолевый рост опухоли гортани после лучевого лечения в радикальной дозе или половинной — (33 человека). Возраст больных от 45 до 81 года, женщин было 11 человек. Поступили на лечение с поставленной трахеостомой 92 больных, компенсированный стеноз у был у 31 человек, субкомпенсированный стеноз у 26 пациентов, декомпенсация дыхания наступила у 17 больных.

Результаты. От степени стеноза и наличия трахеостомы больные разделились на группы, которым при лечении предпринята различная тактика. Хирургическое лечение применили на первом этапе больным, у которых трахеостома поставлена до 10 дней, с компенсированной и субкомпенсированной проходимостью верхних дыхательных путей. Декомпенсированный стеноз: тактика обусловлена временем нарастания клиники стеноза, при острой картине целесообразно выполнение радикальной операции, а наличие декомпенсации до 3 суток должно завершиться наложением экстренной трахеостомы и снятием проблемы дыхательной недостаточности. Радикальная операция может быть выполнена только после снятия гипоксии, спустя примерно 14 суток и более. Это время можно сократить с использованием ГБО.

Выводы. Совершенство показаний и место трахеостомы у больных со стенозирующим раком гортани и применение радикального хирургического лечения у 166 больных при распространенном злокачественном процессе удалось добиться первичного заживления у 156 (93,9%) и вторым этапом завершить комбинацию лечения лучевым методом. С целью снятия послеоперационного отека пациентам назначали антистакс по 2 капсулы в течение 14 суток.

ПОКАЗАНИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ФАРИНГОЭЗОФАГОСТОМЫ

Письменный В.И.

Самарский областной клинический онкологический
диспансер, самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия

Введение. Хирургическое лечение осложненного рака гортани представляет собой нерешенную проблему клинической онкологии. Высокий процент несостоятельности глоточнопищеводного шва и осложнения, связанные с нарушением целостности эзогафарингеального комплекса, приводят к поиску путей, разрешающих эту проблему.

Материалы и методы. В исследование включены 63 больной, пролеченных хирургическим методом по поводу рака гортани после лучевого лечения в радикальной дозе, у 32 больных ранее поставлена трахеостома. Операции на лимфатическом коллекторе выполнялись одномоментно с удалением гортани, их было выполнено 21. И у 5 пациентов вмешательство проведено с двух сторон.

Результаты. Сроки заживления в обеих группах от 14 до 18 суток, до снятия носопищеводного зонда и восстановления приема пищи через рот. Важный момент при операции удаления гортани — восстановление целостности глотки и пищевода. Больные после расширенных и комбинированных экстирпаций гортани, пользующиеся трахеостомой, осложненные хондроперихондритом, имеющие сопутствующую патологию, часто заживают вторичным натяжением, это практически каждый третий больной. Основные факторы, влияющие на заживление: расширение объема операций, воспалительные процессы в гортани, явления сохранившегося воздействия лучевой терапии. У пациентов сформирована плановая с прогнозируемым ходом стомированного тоннеля, создающая условия для заживления первичным натяжением путем снятия нагрузки с эзофагофарингеального комплекса.

Далеки от совершенства показания для формирования плановых эзофаго- и фарингостом, но и крайне ошибочно при наличии выше перечисленныхотягощающих факторах рассчитывать на первичное заживление после ларингэктомии. Плановая эзофаго и фарингостома может явиться более быстрым путем в реабилитации больного, нежели одномоментная пластика и получение всего перечня осложнений при несостоятельности глотки.

Выводы. Трахеостома, лучевая реакция на коже, хрящах и слизистой оболочке, выраженная общая соматическая патология в каждом втором случае является показанием для формирования плановой эзофаго- или фарингостомы, создающей условия для первичного заживления глотки и возможности приема пищи через рот.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА

*Письменный В.И., Архипов В.Д.,
Кривошеков Е.П., Письменный И.В.*

*Самарский государственный медицинский университет,
Самарский областной клинический онкологический диспансер,
Самара, Россия*

Язык представляют собой исключительную часть человеческого организма, который выполняет такие необходимые и сложные функции, как дыхание, жевание, глотание и речь. Важное значение приобретает создание форм и объемов утраченных структур языка при хирургическом лечении опухолей. Сложным является хирургический этап, где особая роль отводится реконструктивно-восстановительному этапу. Основной принцип современной онкологии — это неотложное устранение дефектов, образовавшихся после удаления опухолей при хирургическом лечении злокачественных опухолей.

Материалы и методы. Проведенный анализ 92 истории болезни, больных злокачественными опухолями языка, после реконструктивно-восстановительных операций, восстанавливающих объем и форму органа, непосредственно связанных с ранними послеоперационными осложнениями и возможностями реабилитации больных. Проведено исследование возможностей использования кожно-мышечного лоскута на мышцах, расположенных ниже подъязычной кости, для замещения обсуждаемых дефектов. Мы отдали предпочтение для закрытия дефектов языка кожному островковому лоскуту на передних мышцах шеи.

Результаты. В послеоперационном периоде отмечены наиболее предпочтительные результаты при использовании кожного лоскута на передних мышцах шеи. Отмечена высокая жизнеспособность кожного лоскута, в 6,1% случаев отмечен краевой некроз трансплантата, что не привело к образованию оростом. Функциональные и косметические результаты при использовании кожно-мышечного лоскута на передних мышцах шеи более предпочтительны, чем при применении других видов пластики. Использование артериализированных кожно-мышечных лоскутов на передних мышцах шеи при замещении сложных дефектов языка позволяет получить хороший результат с отсутствием деформаций шеи и лица, раннее восстановление приема пищи, речевой и дыхательных функций.

Выводы. Реконструкция языка создает благоприятные условия для медицинской, трудовой, социальной реабилитации, позволяет провести радикальное противоопухолевое лечение и вернуть больного в общество с высоким качеством жизни.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В САМОСТОЯТЕЛЬНОМ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

*Полькин В. В., Медведев В. С., Каплан М. А.,
Капинус В. Н., Семин Д.Ю., Спиченкова И.С.*

*ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН,
Обнинск, Россия*

Целью настоящего исследования явилась разработка методики и оценка эффективности фотодинамической терапии (ФДТ) в самостоятельном и комплексном лечении у больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. В период с 2004 по 2009 год 32 больным раком слизистой оболочки полости рта в возрасте от 28 до 81 года проведена ФДТ: у 16 пациентов был диагностирован рак языка, у 9 — рак дна полости рта, у 5 — рак слизистой оболочки щек и по 1 — рак слизистой оболочки преддверия полости рта и альвеолярного отростка нижней челюсти. У 21 больного опухоли были рецидивными или остаточными после комбинированного или комплексного лечения. В качестве фотосенсибилизаторов использовался препарат фотолон (0,9-2,0 мг/кг). ФДТ проводилась на лазерных терапевтических установках с выходной мощностью от 0,4 до 2,0 Вт. К опухолям подводилась световая энергия от 200 до 600 Дж/см². Проведено 48 сеансов ФДТ.

Результаты. После окончания лечения полная регрессия (ПР) опухоли была отмечена у 24 больных (75%), частичная регрессия (ЧР) — у 5 больных (15,6%), стабилизация — у 3 больных (9,4%). Таким образом, объективный противоопухолевый эффект (ПР + ЧР) составил 90,6 %. Сроки наблюдения за больными составили от 2 до 44 мес. В различные сроки наблюдения рецидив первичной опухоли отмечен у 7 (21,9%) больных. Пациентам с частичной регрессией и стабилизацией опухоли проводились повторные сеансы ФДТ, что позволило продлить им жизнь, стабилизировать процесс и улучшить качество жизни.

Выводы. ФДТ может быть эффективно применена у больных раком слизистой оболочки полости рта, особенно при лечении остаточных и рецидивных опухолей при невозможности проведения расширенного хирургического вмешательства, лучевой и химиотерапии с хорошими функциональными и косметическими результатами.

ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО (НМРЛ) С ИНВАЗИЕЙ В ВЕРХнюю ПОЛУЮ ВЕНУ (ВПВ)

*Порханов В.А., Сельващук А.П., Поляков И.С.,
Кононенко В.Б., Коваленко А.Л.,
Нарыжный Н.В., Данилов О.В.*

*Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского,
Центр грудной хирургии
Краснодар, Россия*

Операции на ВПВ выполняются редко, использование других, нехирургических методов лечения в некоторых случаях позволяет добиться лишь незначительного паллиативного эффекта. Цель этой работы показать результаты лечения пациентов с инвазией НМРЛ

Актуальность. Как правило, пациентам с немелкоклеточным раком легкого, у которых имеется инвазия верхней полой вены отказывают в оперативном лечении, поскольку считается, что при таком распространении выживаемость пациентов низкая, а уровень послеоперационных осложнений высок.

Материалы и методы. С 1989 года по декабрь 2008 года выполнено 58 операции по резекции верхней полой вены, из них у 49 (96%) пац. показанием к операции служил немелкоклеточный

рак легкого. Из этих пациентов у 31 (65%) имелся в выраженный в большей или в меньшей степени синдром сдавления ВПВ, обусловленный прямой инвазией опухоли в ВПВ (69%), медиастинальными лимфоузлами (31%). Для доступа в плевральную полость использовалась стандартная задняя боковая торакотомия у 38 (79%) и у 11 (21%) стернотомный доступ. Во всех случаях выполнялась систематическая медиастинальная лимфодиссекция. Было выполнено 3 (6%) пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи, 20 (40%) правой пневмонэктомии, 26 (53%) верхней лоб- или билобэктомии. Для протезирования ВПВ использовался ПТФЭ протез Y-образной формы у 13 (26%), линейной формы у 31 (63%), без использования протеза у 5 (10%). Среднее время полного пережатия ВПВ составило 42 мин.

Результаты. Осложнения наблюдались у 11 (21%) пац. интраоперационной летальности не было. Госпитальная летальность составила 10%. Причинами смерти больных явились тромбоз протеза и сосудов головного мозга, инфаркт, пневмония единственного легкого. В послеоперационном периоде химиотерапию получили 21 пациент. Общая пятилетняя выживаемость для этой группы больных составила 16%.

Выводы. Несмотря на довольно высокий уровень послеоперационных осложнений и летальности, эта работа показывает, что введение хирургического этапа в лечение этой категории больных улучшает выживаемость и качество жизни у пациентов с местно-распространенным НМРЛ и инвазией в верхнюю полую вену.

КОМБИНИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ СРЕДОСТЕНИЯ

Порханов В.А., Кононенко В.Б., Любавин А.Н., Коваленко А.Л., Нарыжный Н.В., Поляков И.С.,

*Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского
Центр грудной хирургии,
Краснодар, Россия*

Актуальность. Основным методом лечения больных с объемными образованиями средостения остается хирургический. В последнее время чаще стали выполняться комбинированные резекции при этой патологии, что делает актуальным изучение этого вопроса.

Цель исследования. Оценка результатов комбинированных резекций при объемных образованиях средостения.

Материалы и методы. С 2003-2008 гг. у 12 больных с объемными образованиями средостения выполнены комбинированные резекции. Морфологически преобладали опухоли из нервной ткани 5 (41,6%), у 3 (25,0%) выявлена тимомы, у 1 (8,3%) лимфогранулематоз, у 1 (8,3%) рак щитовидной железы, у 1 (8,3%) загрудинно расположенная увеличенная доля щитовидной железы, у 1 (8,3%) лимфосаркома после полихимиотерапии. У больных 7 (58,4%) выполнена полная или частичная резекция доли легкого, из них у 3 в связи с инвазией опухоли в легкое, у 4 в связи с наличием солитарных образований в легком, у 2 (16,6%) выполнена резекцией грудной стенки, у 1 (8,3%) резецирована верхняя доля левого легкого с фрагментом левой плечеголовной вены, у 1 (8,3%) выполнена пластика пищевода. У 1 (8,3%) выполнена резекция перикарда и частичная резекция доли легкого. Оперативным доступом у 2 (16,6%) больных с опухолями переднего средостения была стернотомия, у 1 (8,3%) с загрудинно расположенной увеличенной долей щитовидной железы использовали шейностернотомный доступ, у 1 (8,3%) больного с распространением опухоли в брюшную полость выполнена торакофренолапаротомия, 8 (66,6%) больным с объемными образованиями переднего и заднего средостения выполнялась боковая торакотомия, что было обусловлено расположением опухоли в правом или в левом отделах средостения.

Результаты. Послеоперационные осложнения были отмечены у 2 (16,6%) пациентов. Ими были венозная недостаточность и лимфостаз верхней конечности слева после резекции левой плечеголовной вены, разрывившийся после консервативной терапии и гемоторакс, потребовавший дополнительного хирургического вмешательства. Послеоперационной летальности не было.

Заключение. Инвазия опухоли в соседние структуры или наличие солитарных очаговых образований в легких не должны расцениваться как абсолютное противопоказание, а низкая послеоперационная летальность позволяет признать результаты лечения таких больных как удовлетворительными.

МЕЛАНОМА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, ПОЛОСТИ НОСА

*Решетов И.В., Маторин О.В.,
Арутюнян Л.С., Корицкий А.В.*

*ФГУ Московский научно-исследовательский
онкологический институт им. П.А.Герцена,
Москва, Россия*

Цель исследования. тактика лечения пигментных опухолей полости рта.

Меланомы в области кожного покрова головы и шеи составляют по данным различных авторов от 22 до 46% всех меланом, существенно реже встречается меланома слизистой полости рта, известно, что, несмотря на единый гистогенез, опухоли различной органной принадлежности имеют ряд особенностей в силу специфического топографо-анатомического расположения очага.

Материалы и методы: За период с 2000 по 2009 год в клинику обратились 12 больных с жалобами на меланому слизистой. Возраст пациентов колебался от 27 до 64 лет. Очаги меланомы локализовались на слизистой верхней губы — 1, слизистой твердого неба — 5, альвеолярный отросток нижней челюсти — 3, слизистой полости носа — 3. На дооперационном этапе у трех больных диагноз верифицирован морфологически: десмопластическая нейротропная меланома, эпителиоцелочная пигментная меланома — 1, в одном случае выполнена тотальная биопсия- инфильтративный рост веретеночелюстной пигментной меланомы. С целью диагностики и распространности опухолевого процесса использовались современные методы обследования КТ, МРТ томография, в том числе и методика ФДТ диагностики. Признаков генерализации опухолевого процесса не выявлено. Во всех случаях выполнены хирургические вмешательства в объеме блоковых резекций с пластикой: в 2 — микрохирургическая, в 1 — лоскут на сосудистой ножке (большая грудная мышца), в 2 — местными тканями. В послеоперационном периоде всем больным проводилась иммунотерапия, в одном случае в сочетании с фотодинамической терапией.

Результаты и обсуждение. По результатам плановых гистологических исследований во всех случаях отмечен инфильтративный рост опухоли в прилежащие костные и сосудисто-нервные структуры, условно радикальная операция выполнена в одном случае. Сроки наблюдений составляют от 4-х лет до 2 месяцев. В течении первого года наблюдений рецидива опухоли не выявлено. На 3-м году рецидив выявлен у больных, что потребовало выполнения повторных операций, метастазов в лимфоузлы шеи не выявлено.

Заключение. Меланома слизистой является редкой морфологической формой. Основной план лечения — хирургический. Целесообразность выполнения лимфадиссекции и ее объем необходимо обсуждать.

ОПЫТ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ЛИПЕЦКОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ

*Синицын Ю.И., Шинкарев С.А.,
Кореньев А.С., Подольский В.Н.*

*ГУЗ Липецкий областной онкологический диспансер,
Липецк, Россия*

Метод эндоларингеальной хирургии широко применяется в клиниках Западной Европы и США при доброкачественных опухолях и раке местной распространенности T1, T2.

Адекватный локальный контроль при коротких сроках лечения и хороших функциональных результатах сделали метод альтернативой лучевой терапии и обычной хирургии.

Материалы и методы. Были использованы: лапароскоп, набор эндоскопических инструментов диаметром 5 мм, электрокоагулятор, опорная система, эндовидеокамера, монитор.

Способ отличают следующие особенности:

1. Обезболивание — интратрахеальный наркоз через трахеостому.
2. В подъемном устройстве используется хирургическое зеркало.
3. Инструменты вводились как через рот, так и проколы в ротоглотке.
4. Использовались троакары с наружно-внутренней фиксации.

Оригинальность этого метода и авторские права подтверждены патентом Российской Федерации.

Оперировано семь больных: папилломатоз голосовых складок — 2 больных, рак гортани — 5.

Злокачественная опухоль локализовалась: 1 больной — голосовая складка (T1), 1 — надгортанник (T1), 2 пациента — грушевидный синус (T1, T2), 1 — вестибулярная складка (T1).

Объем вмешательств при раке: удаление опухоли, хордэктомиа, резекция медиальной стенки грушевидного синуса, резекция вестибулярной складки, резекция черпаловидного хряща.

Результаты. Отмечен более короткий реабилитационный период, хорошие функциональные результаты. Сроки наблюдения — от 3 месяцев до 1 года.

Выводы. Достоинствами метода являются:

- проведение операций по онкологическим принципам с визуальным контролем;
- доступность (инструментарий имеется в большинстве специализированных лечебных учреждений);
- более легкое и короткое течение послеоперационного периода;
- хорошие функциональные результаты.

ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПРЕДРАКЕ И РАКЕ ГОРТАНИ

Соколов В.В., Чиссов В.И., Решетов И.В., Телегина Л.В., Гладышев А.А., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е.

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена, Москва, Россия

В МНИОИ им. П.А. Герцена для лечения больных предраком и раком гортани (РГ) разработан и применяется ряд методик эндоларингеальной хирургии с использованием гибкой видеоэндоскопической техники, Nd:YAG-лазерной термоабляции, аргонплазменной коагуляции (АПК), электрорезекции и фотодинамической терапии (ФДТ).

За период с 1987 по 2008 гг. эндоларингеальные операции выполнены у 129 больных (мужчин — 87, женщин — 42, возраст от 16 до 82 лет).

Тридцати шести больным проведено лечение по поводу вирусасоцированного рецидивирующего папилломатоза гортани (I группа). У 53% пациентов папилломатоз гортани впервые был диагностирован в раннем детском возрасте. Всем больным по поводу рецидивирующего папилломатоза в течении 5-58 лет проводилось многократное хирургическое, противовирусное или иммуномодулирующее лечение (в среднем 16 лет). У 11 больных (30,5%) диагностировано поражение только среднего отдела гортани, у 14 — двух отделов гортани (39%), у 11 — поражение гортани и трахеи (30,5%). Во всех случаях гистологический диагноз — плоскоклеточная папиллома. Из них с очагами дисплазии I-III степени у 14 (39%) и очагами сапсер in situ — у 4 (11%). Вирус папилломы человека (ВПЧ) обнаружен у 96% пациентов: общего типа у 22%, 6/11 типов — у 75%, 16/18 типов — у 17%.

Двадцати трем пациентам (II группа) проведено эндоларингеальное лечение по поводу дискератоза среднего отдела гортани с дисплазией I-III степени: с поражением одной голосовой складки у 17, двух — у 5, голосовой складки и передней комиссуры — у 1 больного.

Тридцати семи больным (III группа) эндоларингеальная операция выполнена по поводу рака среднего отдела гортани (стадия Tis-T1NoMo). Изолированное поражение одной голосовой складки диагностировано у 28 (76%) из 37 больных, обеих голосовых складок — у 2 (5%), голосовой складки с распространением на слизистую оболочку передней комиссуры или гортанного желудочка — у 7 (19%). РГ в стадии 0 (TisNoMo) диагностирован у 17 (46%) из 37 больных, стадии I (T1NoMo) — у 27 (54%).

У 33 больных (IV группа) эндоларингеальная операция выполнена по поводу резидуальной (остаточной) опухоли (17) или локального рецидива (16) рака среднего отдела гортани (T1-2NoMo) после дистанционной лучевой терапии. Перед началом эндоскопического лечения опухоль локализовалась в пределах одной голосовой складки у 25 (76%), голосовой складки с распространением на слизистую оболочку передней комиссуры или гортанного желудочка — у 8 (24%). Во всех наблюдениях при ларингоскопии определялось полное сохранение подвижности обеих половин гортани.

Для проведения эндоларингеального лечения были использованы: фибро- и видеобронхоскопы фирмы «OLYMPUS» (Япония); Nd:YAG-лазерные установки: UNILAS-60 (Германия) и УЛЭ-01 «Т-МАШ» (Россия); лазеры для ФДТ: «Кристалл» (635 и 670 нм), «Металаз-М» (635 нм) и «Лами» (662 нм); электрохирургический аппарат для АПК — ERBE ACC 300 (Германия); отечественные фотосенсибилизаторы: фотосенс, радахлорин и аласенс (5-аминолевулиновая кислота).

Для полного удаления опухоли применялось от одного до пяти сеансов эндоларингеального лечения с интервалом 3-5 дней. В 93% случаев операции выполнялись под местной анестезией раствором лидокаина 4,5% (8-10 мл.). Метод ФДТ был применен у 100% больных рецидивирующим папилломатозом гортани (I группа), как обязательный второй этап лечения с противорецидивной и противовирусной целью, а также у 21% больных II-IV групп.

Осложнения при видеоэндоскопических операциях возникли в 7 (5,4%) наблюдениях, в виде развития хондроперихондрита (1), перфорации передней стенки гортани (1) при удалении опухоли в области передней комиссуры (в обоих случаях больным в последующем была выполнена ларингоэктомиа), а также рубцовых сращений голосовых складок в области передней комиссуры (5) — всем выполнено эндоскопическое лазерное или электрорассечение рубцовых сращений.

В результате проведенного лечения полная регрессия (ПР) рецидивных папилломы (I группа) достигнута у 27 (75%) из 36 больных, частичная регрессия (ЧР) у 9 (25%). ПР очагов с-г in situ на фоне папилломы у 3 из 4. Стойкая ремиссия и эрадикация ВПЧ достигнута у 70% больных. У 11 из 27 больных с ПР через 5 — 12 мес. выявлен местный рецидив папилломатоза, при этом продолжительность межрецидивного периода увеличилась в 2,5 раз.

Во II группе ПР дискератоза и дисплазии I-III степени получена у 22 (95%) из 23 больных. У одного больного с ПР через 2 года выявлен рецидив дисплазии III степени с переходом в с-г in situ. Больному выполнено повторное успешное эндоларингеальное лечение.

В III группе ПР первичного РГ получена у 34 (92%) из 37 больных. Трех больным с ЧР опухоли после эндоскопической операции проведена лучевая терапия (2) или фронто-латеральная резекция гортани (1) — больные наблюдаются без рецидива заболевания от 2 до 5 лет. Рецидив РГ выявлен у 2 (6%) из 34 больных — обоим выполнена повторная успешная эндоларингеальная операция. Срок наблюдения без рецидива: от 1 года до 3 лет — 11 чел., от 3 до 9 лет — 23 чел. Во всех случаях отмечено полное восстановление голосовой функции.

В IV группе (33) с остаточной и рецидивной опухолью гортани ПР удалось достичь у 26 (79 %) больных, ЧР — у 7 (21 %). Больным с ЧР после эндоларингеальной операции в дальнейшем выполнена хирургическая операция (резекция гортани или ларингоэктомиа): 5 из них наблюдаются без рецидива заболевания от 2 до 4-х лет, 2 — умерли от сопутствующей патологии. Рецидив РГ выявлен у 3 (11,5 %) через 1 — 5 лет после завершения лечения: 1 больному выполнена ларингоэктомиа, 2 — успешное эндоскопическое удаление рецидивной опухоли. Срок наблюдения без рецидива РГ: 1 года до 3 лет — 11 чел., от 3 до 7 лет — 22 чел. Во всех случаях отмечено полное восстановление голосовой функции.

Разработанные варианты эндоларингеальной хирургии и ФДТ являются перспективными, органосохраняющими и щадящими методами лечения предрака и РГ, лишены серьезных осложнений и могут

быть альтернативой лучевой терапии и хирургической операции, особенно у лиц молодого возраста и пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

СТИМУЛЯЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПОЛИОКСИДОНИЕМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Трофимов Е.И., Копченко О.О.,
Фуки Е.М., Мустафаев Д.М.

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава»,
Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского,
Москва, Россия

Известно, что развитие опухоли в организме сопровождается иммунодефицитом, который выражается в снижении числа и функциональной активности клеточных элементов (Т- и В-лимфоцитов, макрофагов). Поэтому для стимуляции иммунной системы в настоящее время используют в онкологии различные адьюванты (левамизол, интерферон, интерлейкины и др.), активирующие, преимущественно, Т-систему клеток, макрофаги, В-систему клеток, ответственных за гуморальный иммунитет.

Учитывая вышеизложенное, представляет интерес использование полиоксидония для активации иммунной системы у больных раком гортани с целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений. Было проведено сравнительное клинико-лабораторное обследование 2 групп больных раком гортани, отобранных методом рандомизации. В обе группы вошли мужчины с III стадией заболевания в возрасте от 30 до 60 лет. Больные первой группы в предоперационном периоде были иммунизированы полиоксидонием, который непосредственно вводили в ткань небных миндалин после их предварительной обработки 3% раствора йода. Иммунизировали трехкратно по 2-2-2 мл с интервалом между введениями 3 дня и окончанием курса иммунизации за 5 дней до операции. Всем больным иммунизированным и неиммунизированным были проведены следующие оперативные вмешательства: фронтолатеральная резекция, горизонтальная резекция гортани, ларингэктомия.

Сравнительное наблюдение за двумя группами больных после проведенного радикального лечения показало, что через 1-1,5 месяца после окончания иммунизации и оперативного удаления опухоли уровень сывороточных иммуноглобулинов мало чем отличается от здоровых людей, что является хорошим прогностическим признаком. В группе неиммунизированных больных наблюдается дисглобулинемия, выражающаяся в значительном увеличении уровня IgA и снижении — IgG и особенно IgM.

Интраинтратонзиллярная иммунизация больных полиоксидонием ведет к активации местной иммунной защиты. Отсюда видно, что полиоксидоний является неспецифическим адьювантом В-лимфоцитов, стимулирующим синтез IgM. В результате проведенной иммунизации также уменьшилась частота развития послеоперационных гнойных осложнений.

ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Чердынцева Е.А., Новиков В.А., Чернов В.И.,
Синилкин И.Г., Черемисина О.В., Чижевская С.Ю.

НИИ онкологии СО РАМН,
Томск, Россия

Рак гортани и гортаноглотки — наиболее часто встречающиеся злокачественные опухоли головы и шеи. Причиной их прогрессиро-

вания после хирургического лечения является наличие клинически не реализованных микрометастазов.

Материалы и методы. В исследование включаются больные раком гортани, гортаноглотки T1-T4N0M0, не имеющие клинико-инструментальных данных о поражении регионарных лимфатических узлов, подлежащих хирургическому лечению. Всем проводится исследование сторожевых лимфоузлов. Для определения локализации СЛУ в исследовании используются радиофармпрепарат (изотоп технеция ^{99m}Tc). Во время операции с помощью гамма-детектора определяются лимфатические узлы в операционной ране. Лимфоузлы с наибольшим показателем радиоактивности удаляются с последующим плановым гистологическим исследованием. В случаях обнаружения метастазов в лимфоузлах выполняется отсроченная лимфодиссекция шеи.

Результаты. К настоящему времени нами выполнено 17 исследований СЛУ, из них: 14 больных — раком гортани (2 — T1, 5 — T2, 7 — T3, 3 — T4), 3 — раком гортаноглотки (1 — T2, 2 — T4). Расположение СЛУ: верхняя треть яремной вены — 5 больных, нижняя треть яремной вены — 1, предгортанный лимфоузел — 5, паратрахеальный лимфоузел — 2, парогортанный лимфоузел — 1. Среднее количество СЛУ у больных — 1,3. Общее количество СЛУ — 17. При гистологическом исследовании СЛУ было найдено: воспалительная инфильтрация, фолликулярная гиперплазия — 7; синусный гистиоцитоз, фиброз — 3. У 1 больного раком гортани T2N0M0 при послеоперационном гистологическом исследовании СЛУ обнаружено его метастатическое поражение, выполнена отсроченная лимфодиссекция на стороне поражения, метастазов в других лимфоузлах не было найдено. В 1 случае метастаз обнаружен как в СЛУ, так и в лимфоузле последующего порядка. В 2 случаях вместо лимфоузла была верифицирована жировая клетчатка.

Выводы. Таким образом, полученные нами предварительные результаты свидетельствуют о диагностической и клинической значимости данного метода в выявлении регионарных метастазов злокачественных опухолей гортани и гортаноглотки и позволяют продолжить исследования в этом направлении.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ КАК ПРОБЛЕМА ПРЕДРАКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОРТАНИ

Черемисина О.В., Панкова О.В., Мухамедов М.Р.

НИИ онкологии СО РАМН,
Томск, Россия

В рамках программы по формированию групп риска по раку гортани в исследование включены больные с хронической патологией гортани, для выявления предопухолевых (диспластических) изменений дисплазия III степени по классификации ВОЗ рассценивается как облигатный предрак.

Материалы и методы. Обследовано 43 больных, в т.ч. с хроническим гиперпластическим ларингитом (ХГЛ) — 35, ХГЛ в сочетании с доброкачественными новообразованиями — 8 пациентов. При фиброларингоскопии материал для морфологического исследования забирался из участков гиперплазии и объемных образований.

Результаты. В 13 случаях (30,2%) выявлен ранний рак гортани, при этом у 3 больных (у 2 с ХГЛ и 1 с сочетанным поражением) не было эндоскопических признаков злокачественного процесса, и только морфологическое исследование позволило провести своевременную диагностику и органосохранное лечение. У 22 больных (51,2%) выявлены предопухолевые изменения гортани, в т.ч. дисплазия (Д) III степени выявлена у 7 больных (16,3%), ДII — у 6, ДI — у 9 пациентов. Для пациентов, включенных в группу риска, определены сроки динамического наблюдения: при ДI эндоскопический контроль с биопсией — 1 раз в год; при ДII — через полгода, при сохранении исходной степени дисплазии через год, при возрастании степени до ДIII — через 3 месяца, при ДIII — через 3 месяца. При адекватном мониторинге удается выявить ранний рак гортани у больных с ДIII и провести им органосохранное лечение.

Выводы. Фиброларингоскопия с морфологической поддержкой

является высокоинформативным методом диагностики предраковых изменений и раннего рака гортани, ее необходимо включать в диагностический алгоритм у больных с хронической ЛОР-патологией.

РАК ГОРТАНИ. ФАКТОРЫ РИСКА

Шилова О.Ю., Уразова Л.Н., Мухамедов М.Р., Черемисина О.В., Чойнзонов Е.Л.

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН,
Томск, Россия

Известно, что процесс малигнизации не возникает в морфологически неизменном эпителии: его развитию предшествует ряд последовательных трансформаций эпителиальных клеток слизистой оболочки, что продемонстрировано и для рака гортани, частота которого среди злокачественных опухолей верхнего респираторного тракта составляет 70%. Патологическими состояниями, благоприятствующими развитию рака гортани, являются гиперпластический ларингит и папилломатоз, относимые к облигатному предраку. Однако в последнее время все большее внимание ученых и врачей-онкологов уделяется также генетической предрасположенности и инфицированности слизистой гортани онкогенными вирусами папилломы человека и Эпштейна-Барр. В связи с этим представилось актуальным оценить вклад каждого из вышеперечисленных факторов в развитие рака гортани.

Материалы и методы. В исследование включено 126 пациентов с патологией гортани, из них 103 — больных раком (РГ) и 23 — предопухолевыми заболеваниями гортани (ПЗГ). Контрольная группа ($n=56$) представлена лицами без морфологических изменений эпителия гортани. Методом ПЦР проведено исследование морфологических образцов опухолевой и патологически измененной ткани больных на наличие ДНК вируса папилломы человека 6, 11, 31, 33, 16 и 18 типов; иммуногистохимическим методом изучено присутствие онкопротеина вируса Эпштейна-Барр (LMP-1) в опухолевых образцах; методом мультиплексной ПЦР оценена частота встречаемости делеции генов ферментов детоксикации ксенобиотиков GSTT1 и GSTM1. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

Результаты. 68% больных в последующем с гистологически ве-

рифицированным диагнозом «рак гортани», на момент обращения в ГУ НИИ онкологии г. Томска проходили лечение по поводу хронического гиперпластического ларингита. В группе больных РГ и ПЗГ частота детекции вируса папилломы человека составила 20% ($p \leq 0,05$) и 9% соответственно. Микст-инфекция ВПЧ была выявлена у 8% больных РГ, включая сочетания ВПЧ 6 и 11, ВПЧ 31 и 33 и смешанную инфекцию из ВПЧ 6, 11, 18 и ВПЧ 6, 16 и 18. В группе лиц с ПЗГ зарегистрирован лишь один случай (больной ПГ) микст-инфицирования ВПЧ 6 и 11 типами, тогда как у больного ХГЛ обнаружен только ВПЧ 31. Кроме того, инфицирование эпителия гортани ВПЧ 6 у больных раком ассоциировало с 8,5-кратным риском развития данной патологии по сравнению с контрольной группой.

Синтез латентного мембранного протеина (LMP-1) с максимальной частотой (35,6%) определен в опухолевых клетках больных с III стадией РГ, значимо различаясь с данным показателем в группах больных со II и IV стадией.

Оценка частоты встречаемости делеции гена GSTT1 в изученных группах больных показала, что максимальное количество случаев носительства данного структурного нарушения генома характерно для больных РГ (58%), значимо различаясь с частотой делеции в контрольной группе ($p \leq 0,05$), и пациентов с ПЗГ (43%), также значимо различаясь со значением данного показателя в контрольной группе ($p \leq 0,05$), тогда как максимальное число случаев (43%) обнаружения делеция GSTM1 гена зафиксировано, наоборот, в контрольной группе. Причем, в группе больных РГ и ПЗГ носительство делеции GSTT1 гена ассоциировало с 4- и 3-х кратным риском развития рака.

Первый этап регрессионного анализа, проведенный с целью выявления дополнительных, к уже известным, факторов риска, с включением клинко-морфологических и вирусно-генетических параметров, изученных у больных РГ, также подтвердил, что наиболее информативными являются следующие: инфицирование эпителия гортани ВПЧ 6, носительство делеции GSTT1 гена и возраст больного.

Выводы. Таким образом, можно сделать заключение, что если не основополагающими, то значимыми в процессе канцерогенеза слизистой гортани факторами являются не только инфицирование вирусами, обладающими высокой онкогенной потенцией, и генетическая предрасположенность, также увеличивающая вероятность развития онкологической патологии, но и хронические воспалительные процессы, создающие, в свою очередь, благоприятную среду для инфицирования и запускающие многоступенчатый процесс малигнизации.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ АНТИОКСИДАНТЫ И ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Донскова Ю.С., Осипова Н.А.,
Немцова Е.Р.

ФГУ Московский научно-исследовательский
онкологический институт им. П.А.Герцена,
Москва, Россия

Цель — улучшение непосредственных результатов онкологических хирургических вмешательств за счет включения в схему подготовки, интра- и послеоперационного ведения больных современными препаратами, обладающих антиоксидантными и иммуномодулирующими свойствами.

Материалы и методы. У 230 пациентов на этапах подготовки к хирургическому лечению, на 1, 5-7 и 10-12 сут после операции исследовали динамику состояния клеточного иммунитета, окислительно-антиокислительного статуса, рутинных клинико-лабораторных тестов; оценивали скорость нормализации лабораторных показателей, температурных реакций, заживления р/о раны, количество гнойно-септических осложнений на фоне стандартной интенсивной терапии (контроль) и при ее дополнении комплексом средств антиоксидантного, иммуномодулирующего, детоксицирующего, цитопротекторного действия и нутритивной поддержки (церулоплазмин, имунофан, галавит, дипептивен, кабивен, актовегин, α -токоферол, аскорбиновая кислота) в разных группах пациентов и сравнивали результаты.

Результаты. Исходно у всех больных установлена иммуносупрессия, дисбаланс между звеньями иммунной системы (ИС) и ОАС. 1, 5 и 10 сутки после операций средней травматичности отмечена адекватная реакция ИС и ОАС на перенесенную агрессию. Максимальная иммуносупрессия, активация окислительных и подавление антиокислительных процессов имели место при краниофациальных резекциях с ИОЛТ и особенно с ИОГЛТ, у 4,6% пациентов развились нагноения р/о ран. Негативные сдвиги в ИС и ОАС после этих операций были менее выражены в группах, получавших пред-, интра- и послеоперационно комплексную сопроводительную терапию и нутритивную поддержку, получавших перед и после операции галавит, нормализация показателей ИС, ОАС и общеклинических показателей после онкоурологических операций наступала на 3 суток раньше, чем в контрольной группе, гнойных осложнений не было.

Заключение. Степень иммуносупрессии и нарушений ОАС зависит от травматичности операции и вида ФПВ. Антиоксидантная, иммуномодулирующая терапия и нутритивная поддержка позволяют уменьшить явления «окислительного стресса» и иммуносупрессии, частоту послеоперационных осложнений, улучшить непосредственные результаты лечения.

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЧЕЛЮСТЯХ

Дробышев А.Ю., Абовян А.А., Ермолин Д.В.

Кафедра госпитальной хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии,
Московский государственный
медико-стоматологический университет,
Москва, Россия

Большинство операций при лечении злокачественных опухолей области головы и шеи носит травмирующий характер, образуя обширные дефекты тканей челюстно-лицевой области. В этой связи наиболее эффективно сочетание оперативного удаления опухоли с соблюдением всех принципов онкологического радикализма и медико-социальной реабилитации больных.

Реабилитационный результат может быть значительно улучшен, если хирургическое лечение сочетается с работой стоматологической бригады, которая проводит оперативные вмешательства, изготавливает временные и постоянные челюстно-лицевые протезы, для уменьшения послеоперационного обезображивания и раннего восстановления функций.

Цель исследования. Целью нашего исследования была разработка основных принципов применения дистракционного метода, дентальной имплантации и фиксации протезных конструкций на имплантатах с целью восстановления жевательной эффективности и речевой функции у больных с частичной резекцией челюсти.

Материалы и методы. Данный метод применен у 58 больных с дефектами верхней и нижней челюсти. 44 больных с дефектами нижней челюсти и 14 больных с дефектами верхней челюсти. Планирование операций у этой категории больных осуществлялось строго индивидуально. Применялись компьютерные программы, литографические модели для планирования оперативных вмешательств. Использовались дистракционные аппараты и дентальные имплантаты, выпускаемые отечественными и зарубежными фирмами.

Результаты. 44 пациентам с резекцией нижней челюсти были установлены 123 имплантата в различные сроки после вмешательства на первичном очаге, 26 пациентам проведен дистракционный метод.

14 пациентам с дефектами верхней челюсти установлено 42 дентальных винтовых имплантата.

Выводы. Произвольный выбор количества установленных имплантатов и их местоположение при наличии дефектов челюстей невозможен, что обусловлено новыми анатомическими условиями в полости рта после онкологических операций. Возникают трудности в постановке имплантатов в связи с количеством и качеством костной ткани после оперативного вмешательства. Мы применяли различные методы дистракции и остеопластики, направленные на оптимизацию параметров альвеолярной части верхних и нижней челюстей. Метод дистракционного остеогенеза является одной из наиболее эффективных, востребованных и перспективных методик в челюстно-лицевой хирургии.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Дудицкая Т.К., Вельшер Л.З., Решетов Д.Н.,
Матвеева С.П., Коробкова Л.И.,
Асиновсков И.Г., Генс Г.П.

ФГУ Московский научно-исследовательский
онкологический институт им. П.А. Герцена,
Москва, Россия

Среди всех больных, курируемых в отделениях опухолей головы и шеи, первое место занимает рак гортани и гортаноглотки. III-IV стадии выявляются более чем у 70 % больных. Для излечения больных при распространенных стадиях требуется удаление гортани, иногда с резекцией гортаноглотки в сочетании с предоперационной лучевой и химиотерапией. Данный объем вмешательства является стандартным. Расположение глотки в области перекреста дыхательной и пищеварительной трубок обуславливает две характерные особенности — инфицированность вирулентной микрофлорой полости рта и высокое давление в просвете органа при кашле и глотании. Мышечный слой представлен констрикторами глотки, большая часть которых иссекается при удалении гортани. Эти особенности органа затрудняют решение проблемы несостоятельности глоточного шва.

Фарингостома и глоточный свищ — одни из самых частых осложнений ларингэктомии. Длительное стояние носопищеводного зонда вызывает опасность возникновения несостоятельности глоточного шва. В свою очередь, по наблюдениям А.Б. Ларичева из Ярославской государственной медицинской академии, у больных с проведенной предоперационной лучевой терапией в послеоперационном периоде в 80% высевалась mixed-флора. Выделенные микроорганизмы были резистентны к защищенным пенициллинам, фторхинолонам, макролидам. Среди побочных эффектов дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) встречаются реакции, обусловленные поражением интенсивно-пролиферирующих клеток кровеносных, иммунокомпетентных органов, слизистых оболочек, что способствует уменьшению иммунологической реактивности организма. В основе механизма иммуномодулирующего действия полиоксидония лежит прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования.

Применение иммуномодуляторов в комплексной терапии, вероятно, снизит процент развития послеоперационных осложнений. Планируется провести исследование, направленное на выявление имеющегося вторичного иммунодефицита, разработать алгоритм применения, оценить воздействие иммуномодуляторов на гематологические, иммунологические показатели и течение послеоперационного периода.

К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПЕРЕВЯЗКИ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО РАКА

Клочихин А.Л., Трофимов Е.И.*,
Чистяков А.Л., Гамиловская Ю.В.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия
Росздрава» (кафедра оториноларингологии,
*ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава
Ярославль, Россия

Актуальность проблемы. Одним из распространенных этапов хирургического лечения больных орофарингеальным раком является перевязка наружной сонной артерии с целью снижения кровопотери во время проведения операции и снижения риска возникновения

кровотечения в послеоперационном периоде. В настоящее время у врачей отсутствует единство во мнении относительно возможного влияния наружной сонной артерии на кровоснабжение головного мозга и органа зрения. Остается дискуссионным вопрос о влиянии перевязки наружной сонной артерии на частоту регионарного метастазирования у пациентов с опухолями орофарингеальной зоны. Остается также актуальным вопрос о времени восстановления кровоснабжения по дистальному отрезку наружной сонной артерии выше места перевязки.

Цель исследования. Улучшение функциональных и онкологических результатов лечения больных орофарингеальным раком.

Материалы и методы. В работе проанализированы результаты лечения 65 больных распространенным орофарингеальным раком (T3-4N0-3M0 согласно международной классификации) в возрасте от 40 до 79 лет. Всем больным проведено радикальное противоопухолевое лечение по комбинированной или комплексной программе. Основным компонентом специального лечения явилась радикальная операция. Все больные были разделены на две группы. У пациентов основной группы (33 человека) перевязка наружной сонной артерии не выполнялась. В контрольную группу вошло 32 человека, им перевязка наружной сонной артерии выполнялась превентивно. Для определения возможного влияния перевязки наружной сонной артерии на церебральный кровоток, функции головного мозга и органа зрения были использованы следующие критерии: ультразвуковая доплерография экстракраниальных отделов сонных артерий (УЗДГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), определение полей зрения путем проведения статической квантитативной периметрии.

Результаты. При обследовании пациентов контрольной группы в послеоперационном периоде путём УЗДГ сосудов головы и шеи выявлено увеличение линейной скорости кровотока практически по всем магистральным сосудам шеи и основным мозговым артериям. Наиболее существенно увеличилась скорость кровотока по внутренней сонной артерии, а именно, от 48,7 см/с до 56,7 см/с, что составило 20,5% от исходных значений. Следует подчеркнуть, что кровоток в перевязанной наружной сонной артерии не лоцировался во все сроки наблюдения у пациентов контрольной группы в послеоперационном периоде. Данный факт мы связываем с использованием нерассасывающегося шовного материала типа лавсан или полиэфир при лигировании данного сосуда. По данным компьютерной периметрии, проводимой в ранний и поздний послеоперационный период, как в основной, так и в контрольной группе видимых изменений со стороны полей зрения обоих глаз не выявлено. При выполнении элетроэнцефалографии выявлены изменения у троих из пятнадцати пациентов (20%) контрольной группы на 30 сутки после проведенной операции с перевязкой наружной сонной артерии. Данные изменения характеризуются увеличением диффузных изменений биоэлектрической активности головного мозга и появлением или увеличением амплитуды острополюсового веретенообразного альфа-ритма. Подобные изменения полностью исчезали через шесть месяцев после исследования. При выполнении ЭЭГ у пациентов основной группы мы не выявили существенных изменений после проведенной радикальной операции. Из 30 пациентов контрольной группы, прослеженных более трех лет, живы 16 человек, т.е. трехлетняя выживаемость составила 46,7 %. Среди пациентов основной группы трёхлетняя выживаемость составила 40 %.

Выводы.

1. У пациентов орофарингеальным раком после проведенной радикальной операции с перевязкой наружной сонной артерии возможны преходящие функциональные нарушения головного мозга, фиксированные при электроэнцефалографии.

2. Перевязка наружной сонной артерии не оказывает существенного влияния на степень интраоперационной кровопотери при выполнении радикальной операции у пациентов по поводу орофарингеального рака.

3. Лигирование наружной сонной артерии существенно не влияет на заживление послеоперационной раны, а так же на частоту послеоперационных осложнений.

4. Превентивная перевязка наружной сонной артерии не оказывает значимого влияния на продолженный рост и рецидив первичной опухоли, регионарное и отдаленное метастазирование у больных орофарингеальным раком.

5. При планировании и выполнении радикальной операции по поводу орофарингеального рака превентивной перевязка наружной сонной артерии нецелесообразна.

ЗАЖИВЛЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ТРАХЕОСТОМИЕЙ И БЕЗ НЕЕ

Клочихин А.Л., Трофимов Е.И.*, Чернов Н.В., Чистяков А.Л.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава» (кафедра оториноларингологии, *ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава» Ярославль, Россия

Актуальность проблемы. Чаще всего трахеостомию больным раком гортани выполняют по экстренным показаниям в качестве одного из предварительных этапов специального лечения с целью предупреждения асфиксии при стенозе II-IV степени. Иногда трахеостомию применяют при наличии у больного раком гортани сопутствующих заболеваний с целью устранения длительной гипоксии, развившейся в результате хронического стеноза, или в качестве меры профилактики при возникновении местных осложнений, вызывающих стеноз гортани при проведении курса лучевой терапии на первом этапе комбинированного лечения. Однако, наличие трахеостомы ухудшает условия выполнения в дальнейшем ларингэктомии или резекции гортани, что связано с развитием трахеобронхита, воспалительной инфильтрации тканей вокруг трахеостомы, формированием в этой зоне спаечного процесса и т.д.

Цель работы. Улучшение функциональных и онкологических результатов лечения больных стенозирующим раком гортани.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов наблюдений за 114 больными раком гортани III-IV стадии (T3-4N0M0), которые получили комбинированное или хирургическое лечение. Все пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 58 пациентов, которым была выполнена ларингэктомия без предшествующей трахеостомии. Группу контроля составили 56 больных раком гортани, которым выполнена ларингэктомия с предшествующей трахеостомией. Для оценки онкологических результатов группы сравнивались по удельному весу 5-летней выживаемости. Оценка характера заживления ран после ларингэктомии у пациентов основной и контрольной группы производили с учётом клинических, клиничко-лабораторных данных и ряда инструментальных исследований (глокальная термометрия окolorановой зоны, определение силы биологической консолидации раны).

Результаты. При рассмотрении характера заживления операционных ран в группах с ларингэктомией выявлена зависимость от предшествующей трахеостомии. Первично в основной группе раны зажили в 74,1±5,7% случаев, в контрольной — в 51,8±6,6% случаев ($p<0,05$). Что касается характера послеоперационных осложнений, то в основной группе заживление вторичным натяжением без образования дефекта было у 7 (12±4,2%) из 58 пациентов, в контрольной у 11 (19,6±5,3%) из 56 ($p>0,05$). С образованием глоточного свища у 3 (5,2±2,9%) пациентов основной группы, и у 6 (10,7±4,1%) ($p>0,05$) пациентов контрольной. С образованием фарингостомы у 5 (8,7±3,7%) пациентов основной группы, и у 10 (17,9±5,1%) ($p<0,05$) пациентов контрольной. При этом образование фарингостомы осложнилось некрозом и аррозивным кровотечением у 1 (1,7±1,6%) больного в основной группе и имело место у 3 (5,2±2,9%) больных в контрольной. Что касается онкологических результатов, по годичной выживаемости основная группа достоверно лучше контрольной: 89,6±4% и 76,7±5,6% соответственно ($p<0,05$). В контрольной группе отмечено достоверное снижение пятилетней выживаемости — 67,4±7,1% и 49,9±7,3% соответственно ($p<0,05$). Продолженный рост опухоли в основной группе был диагностирован в основной группе у 2 (3,4±2,3%)

пациентов, в контрольной у 6 (10,7±4,1%). Рецидив опухоли у 3 (5,2±2,9%) и 2 (3,6±2,4%) пациентов соответственно. Рецидив и регионарные метастазы были выявлены только в контрольной группе у 4 (7,2±3,4%) пациентов. Регионарные метастазы диагностированы в основной группе у 2 (3,4±2,3%) пациентов, в контрольной у 9 (16±4,8%) ($p<0,05$). Отдалённые метастазы (в лёгкие) имели место у 2 (3,6±2,4%) пациентов в контрольной группе.

Выводы.

1. Выполнение ларингэктомии у пациентов стенозирующим раком гортани без предшествовавшей трахеостомии позволяет улучшить процент заживления послеоперационной раны первичным натяжением, по сравнению с больными, у которых была выполнена трахеостомия, предшествовавшая радикальной операции: 74,1±5,7% и 51,8±6,6% соответственно ($p<0,05$).

2. Трахеостомия, выполненная до ларингэктомии, ухудшает онкологический прогноз и снижает процент пятилетней выживаемости больных раком гортани, по сравнению с группой без предшествующей трахеостомии: 67,4±7,1% и 49,9±7,3% соответственно ($p<0,05$).

ВЛИЯНИЕ ТРАХЕОСТОМИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ

Клочихин А.Л., Чистяков А.Л., Трофимов Е.И.*, Давыдова И.И.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава» (кафедра оториноларингологии, *ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава» Ярославль, Россия

Актуальность проблемы. Устранение нежелательных последствий трахеостомии является актуальной проблемой функционально-щадящей хирургии рака гортани. Объясняется это сравнительно большим числом больных с рубцовыми стенозами гортани и трахеи, тенденцией к росту этой патологии, недостаточно эффективным лечением.

Цель работы: улучшение функциональных и онкологических результатов органосохраняющих оперативных вмешательств у больных раком гортани.

Материал и методы. Проведен анализ 68 больных раком гортани T2-T3 N0M0, получивших комбинированное или хирургическое лечение. Все пациенты, перенесшие органосохраняющее лечение, были разделены на две группы. Основную группу составили 36 пациентов, которым была выполнена резекция гортани без трахеостомии. Контрольная группа была представлена 32 пациентами, которым была выполнена резекция гортани с трахеостомией. Проведен анализ онкологических и функциональных результатов лечения. Для оценки онкологических результатов группы сравнивались по удельному весу выживаемости. Сроки наблюдения составили до 2-х лет. Во всех случаях больным в группах с резекциями гортани выполнялось временное эндотрахеальное гортани на этапе реконструкции ее просвета. Для объективизации проходимости экстрагортальных дыхательных путей проводилось исследование кислотно-щелочного состава (КЩС) капиллярной крови оперированных пациентов на аппарате Blood Gas System фирмы Ciba Corning (Великобритания) и исследование у них же динамических легочных объемов и форсированных вентиляционных потоков аппаратом Compact-lab-body фирмы Erich Jager (Германия).

Результаты. Первично в основной группе раны зажили в 97,2±2,7% случаев, в контрольной — в 81,3±6,8% случаев ($p<0,05$). При анализе показателей респираторной части КЩС крови показатель парциального давления кислорода крови (рО₂ крови) в отдалённом послеоперационном периоде по отношению к норме (80 мм. рт. ст.) в основной группе составил 77,5±4% мм рт. ст. ($p>0,05$). В контрольной группе этот показатель равнялся

$69,7 \pm 4\%$ мм. рт. ст., что достоверно ниже нормы (80 мм рт. ст.) ($p < 0,05$) и говорит о наличии умеренной гипоксии у пациентов данной группы. Различия связаны с тем, что в группе с проведением объемной ИВЛ закономерный рубцовый процесс происходит не только на уровне гортани, но и в трахее, что было подтверждено при эндоскопических контрольных осмотрах. Другим аспектом объективизации проходимости экстраторакальных дыхательных путей явилось исследование функции внешнего дыхания. Наиболее репрезентативным при этом является показатель пиковой скорости вдоха (PIF), который в первую очередь изменяется при нарушениях проходимости верхних дыхательных путей. В среднем в основной группе показатель пиковой скорости вдоха - PIF составил $61,0 \pm 3,4\%$ от должной величины, что относится к легкой степени нарушения. Большая часть больных имела легкую степень нарушения по пиковой скорости вдоха, что связано с объемом резекции и минимизацией травматизации трахеи при проведении ЧТ ВЧ ИВЛ. По данным обследования контрольной группы в среднем показатель PIF составил $52,4 \pm 3,5\%$ от должной величины, что относится к умеренной степени нарушения ($p < 0,05$). Первостепенное значение в нашем исследовании имеют онкологические результаты. По годичной выживаемости основная группа не уступает контрольной: $94,4 \pm 3,8\%$ и $90,6 \pm 5,1\%$ соответственно ($p > 0,05$). В контрольной группе отмечено недостоверное снижение двухлетней выживаемости - $78,1 \pm 7,3\%$ и $88,8 \pm 5,2\%$ соответственно ($p > 0,05$). Продолженный рост, рецидив и регионарные метастазы в целом в основной группе были диагностированы у 9 ($25 \pm 7,2\%$) из 36 пациентов, в контрольной у 8 ($25 \pm 7,6\%$) из 32 пациентов ($p > 0,05$).

Выводы

1. Трахеотомия, выполненная во время резекции гортани как этап операции, отрицательно влияет на заживление послеоперационной раны по сравнению с резекцией без трахеотомии.

2. Возможность избежать трахеотомии как этапа резекции гортани, по сравнению с резекцией гортани с выполнением трахеотомии, позволяет улучшить функциональную реабилитацию дыхательной системы: уменьшается гипоксия по газам крови по отношению к норме, уменьшается степень нарушения проходимости экстраторакальных дыхательных путей по показателям пиковой скорости вдоха.

3. Трахеотомия, выполненная во время резекции гортани как этап операции, не оказывает существенного влияния на онкологические результаты лечения больных местно-распространенным раком гортани.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Красавина Е.А., Балацкая Л.Н., Чойнзонов Е.Л., Чижевская С.Ю., Мещеряков Р.В.

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН,
Томск, Россия

Целью исследования является улучшение качества жизни ларингэктомированных больных путем разработки современных методических подходов к голосовой реабилитации с использованием биологической обратной связи.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 50 больных раком гортани III-IV стадии опухолевого процесса после ларингэктомии. Восстановление голосовой функции проводится с помощью формирования пищевого голоса по методике с использованием биологической обратной связи на основе математического моделирования голосообразования, разработанной в ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН.

Результаты. Логовосстановительная терапия начинается в ранний послеоперационный период после снятия швов и удаления носопищеводного зонда. Голосовые тренировки проводятся с помощью компьютерно-программного реабилитационного комплекса

«РЕАЛОГ», на основе математического моделирования голосообразования, с использованием биологической обратной связи. Индивидуально для каждого больного составляется программа проведения реабилитационных мероприятий в зависимости от общего состояния, возраста и объема оперативного вмешательства. В работе применяются три типа голосовых тренировок: вызывание звука псевдоголоса, увеличение длительности фонации, повышение частоты основного тона псевдоголоса. Для каждой голосовой тренировки параметры подбираются индивидуально с учетом возможностей пациента. Применение биологической обратной связи при голосовых тренировках дает пациентам возможность осознанно контролировать такие важные параметры голоса, как частота основного тона и длительность фонации, что позволяет активизировать компенсаторные возможности организма и ускоряет процесс формирования пищевого голоса. Эффективность голосовой реабилитации составляет 92%, в сроки от 10 дней до 30 дней.

Выводы. Применение методики голосовой реабилитации с использованием биологической обратной связи позволяет повысить эффективность восстановления голосовой функции, сократить сроки реабилитации и улучшить качество жизни больных после ларингэктомии.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И РОТОГЛОТКИ

Меньшикова Е.С., Важенин А.В., Шарабура Т.М.

ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» - Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Росздора,
Челябинск, Россия

Целью исследования явилось изучение ранних побочных реакций, возникающих в процессе химиолучевой терапии.

С 2005 по 2007 годы в ЧООД получили химиолучевое лечение 100 пациентов со злокачественными опухолями слизистой оболочки ротовой полости и ротоглотки. В основной группе было 60 больных, которым был проведен непрерывный курс лучевой терапии, в группе контроля 40 больных, где был использован СПЛИТ-курс.

В процессе облучения у всех больных развивались местные лучевые реакции: мукозит, эпидермит, лучевой стоматит, которые приводили к нарушению питания и снижению веса. Среди общих реакций чаще встречались тошнота, рвота, лейкопения, гиперкреатининемия — побочные эффекты, обусловленные применением цисплатина. При этом в основной группе тошнота была отмечена в 100% случаев, рвота в 40% случаях. Закономерно, что общие токсические реакции были более выражены в тех случаях, когда доза химиопрепарата была выше. В частности, лейкопения и гиперкреатининемия встречались чаще в основной группе, чем в группе контроля. У больных, основной группы, отмечена лейкопения I, II, III степени в 13, 33 и 12% случаев, у больных контрольной группы лейкопения зафиксирована I и 3 степени в 8 и 8% случаев.

В основной группе гиперкреатининемия 1, 2, 3 степени отмечена в 30% случаях и ни у кого из больных в группе контроля. Последствиями побочных эффектов от химиолучевого лечения являлась незавершенность лечения в 25%, редукция дозы ХТ — в 32% и увеличение продолжительности ЛТ в 62%: от 5 до 10 дней в 42% и от 10 до 15 дней в 20%.

Таким образом, повышение эффективности лучевой терапии сопровождается нарастанием ранней токсичности; тяжелые лучевые реакции могут быть причиной перерывов в лечении, что приводит к увеличению продолжительности курса лучевой терапии и снижает ее эффективность; химиолучевое лечение препаратами платины сопровождается побочными эффектами, наиболее частыми из которых является тошнота, рвота, анемия, лейкопения, гиперкреатининемия; химиолучевая терапия должна проводиться на фоне адекватной и патогенетически обоснованной терапии сопровождения.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТА ПИЩЕВОДА И ГЛОТКИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ, СОЗДАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ГОЛОСОВОЙ И ПИЩЕПРОВОДЯЩЕЙ ФУНКЦИЙ НЕОГЛОТКИ.

Письменный В.И., Кривошеков Е.П., Письменный И.В.

Самарский государственный медицинский университет,
Самарский областной клинический онкологический диспансер,
Самара, Россия

За период 1996-2006 годы число больных с первично злокачественными новообразованиями гортани остается на стабильно высоких показателях заболеваемости и составляет в абсолютных цифрах 41860-40435 больных. Запущенные стадии заболевания рака гортани составляют около 70%. Ларингэктомия по существу остается основной операцией при распространенных и рецидивных опухолях гортани, в России в течение года выполняется более 6 тысяч удалений гортани.

Материалы и методы. Операция удаления гортани одна из наиболее отлаженных операций при лечении опухолей головы и шеи, но процент осложнений остается высоким из-за несостоятельности швов в глотке, пищеводе, образования свищей, а также знофаго, фаринго- и знофагофарингостом и составляет от 12 до 30%. Важной составляющей операции удаления гортани — это реконструкция знофагофарингеального комплекса. Наименее физиологичным является вертикальный шов с использованием ушивателя глотки или ручной непрерывный, при выполнении которых количество осложнений максимально. Нами разработан вид пластики глотки и пищевода после удаления гортани который используется нами в течении 19 лет (Патент РФ).

Результаты. Чтобы не уменьшить и не изменить формируемую вновь глотку с участком пищевода накладывается ряд поперечных швов от корня языка и передних отделов пищевода. Данная форма пластики сохраняет форму глотки и пищевода, ее объем, что важно как для формирования и прохождения пищевого комка, так и для массы воздуха при формировании псевдоголоса. Акт приема пищи через рот восстанавливается на 12-14 сутки, в подборе консистенции пищи нет необходимости. Расхождение швов отмечено только при вынужденных операциях, которые выполнялись после полного курса лучевой терапии, стенозирующего рака и составили 3,2%.

Выводы. Метод реконструкции глотки и пищевода по автору использовался у 1245 пациентов при ларингэктомии. Способ формирования неоглотки наиболее физиологичен среди предложенных вариантов ушивания дефекта глотки, благодаря чему достигнут процент состоятельности шва слизистой 96,8%, тем самым минимизированы осложнения связанные с несостоятельностью знофагофарингеально-го комплекса.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ

Порханов В.А., Сельващук А.П., Поляков И.С.,
Конonenko В.Б., Коваленко А.Л.,
Нарыжный Н.В., Данилов О.В.

Краевая клиническая больница №1 — Центр грудной хирургии,
Краснодар, Россия

Актуальность. Несмотря на значительные достижения и успехи торакальной хирургии, проблема лечения рубцовых стенозов остается актуальной.

Цель работы — оценка эффективности результатов эндоскопического лечения больных с рубцовыми стенозами трахеи.

Материалы и методы. С декабря 2002 г. по февраль 2008 г. на лечение находилось 85 больных с рубцовыми стенозами трахеи в возрасте от 6 лет до 71 года. Выполнены следующие виды эндоскопических вмешательств: бужирование трахеи тубусами ригидных бронхоскопов, гидробаллонная дилатация, механическое удаление

гранулем, лазерная фотодеструкция зоны стеноза ИАГ-неодимовым лазером, стентирование. Всего выполнено 194 эндоскопических операций под внутривенной анестезией с высокочастотной ИИВЛ. Необходимость в установке эндопротеза в просвет трахеи возникла в 37 случаях, в результате рестенозирования после предшествовавшего эндоскопического расширения зоны стеноза. Использованы стенты различной модификации: у 24 применен линейный самозакрепляющийся стент Дюмона, в 10 случаях саморасширяющиеся стенты типа «Polyflex», в 3-х случаях был установлен Т-образный стент типа Montgomery.

Результаты. Непосредственно после введения стента состояние больных значительно улучшалось — полностью исчезала одышка при физической нагрузке, переставал беспокоить кашель, восстанавливалось дыхание через естественные дыхательные пути. За время эндопротезирования наблюдались осложнения в виде миграции стента (4), формирования гранулем (2) и обструкции эндопротеза секретом (2), что потребовало реимплантации или замены стента в 8 случаях. После этапного эндоскопического лечения 31 больному выполнена циркулярная резекция трахеи.

Заключение. Эндоскопические методы расширения просвета трахеи и стентирование являются эффективными и позволяют избежать сложных и дорогостоящих реконструктивно-восстановительных операций при ограниченных стенозах трахеи. У больных с протяженными стенозами трахеи эндоскопическое лечение имеет положительный эффект в подготовке больных к циркулярной резекции трахеи, позволив реабилитировать больных по тяжелой сопутствующей патологии, вылечить инфекционные постстенозические осложнения, ликвидировать трахеостому с целью профилактики осложнений после реконструктивно-восстановительных операций.

СЛОЖНОЕ ЛИЦЕВОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Пустовая И.В., Жеребятьев А.П.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт»,
Ростов-на-Дону, Россия

Проблема медицинской реабилитации онкологических больных с приобретенными деформациями и дефектами опорных тканей лица не потеряла своей актуальности. В последние годы разрабатываются микрохирургические пластические и реконструктивные операции, совершенствуются методики ортопедического лечения. Ортопедический метод у онкологических больных получил более широкое распространение, так как позволяет в более короткие сроки устранить дефекты тканей челюстно-лицевой области и восстановить нарушенные функции.

В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ, с целью улучшения качества жизни пациентов, перенесших расширенные онкологические операции челюстно-лицевой области, применяется этапная методика устранения послеоперационных дефектов. Индивидуальные лицевые протезы изготовлены 18 больным. У 8 — эктопротезы наружного носа, у 10 — эктопротезы щечно-скуло-глазничной области. Для изготовления протезов применяется отечественный биосовместимый материал «Эктосил». Методика состоит из следующих этапов: снятие маски, изготовление гипсовой модели, скульптурное моделирование эктопротеза из воска, подбор и установка глазного протеза (при протезировании глазницы), окрашивание массы, изготовление эктопротеза, воспроизведение бровей, ресниц, индивидуальное доокрашивание протеза. У 65 больных, перенесших резекцию верхней челюсти, изготовлены съёмные протезы с obturatorом на различных опорно-удерживающих элементах (кламмера, аттачмены, телескопические коронки). У 2 пациентов изготовлен комбинированный протез — съёмный протез верхней челюсти с obturatorом и протез носа с фиксацией на магнитах.

Результаты челюстно-лицевого протезирования оценивались в соответствии с эстетическими требованиями пациента (соответ-

твие цвета протеза цвету кожи, стабильность протеза и др.) и качеством его жизни по шкале Карнавского.

Таким образом, ортопедическое лечение у онкологических больных, направленное на максимальное восстановление нарушенных функций полости рта и внешнего облика, повышает социальную адаптацию и качество жизни пациентов.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Пустовая И.В.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»,
Ростов-на-Дону, Россия

Восстановление дефектов нижней челюсти продолжает быть объектом непереставного внимания и творческих поисков челюстно-лицевых хирургов, онкологов. Общеизвестно, что дефекты, локализующиеся в данной области, приносят тяжкие страдания больным, вызывая изменения конфигурации лица, нарушения жизненно важных функций организма. В связи с этим на протяжении многих лет ведётся постоянный поиск и совершенствование различных методик реконструкции и пластики нижней челюсти.

В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ с 1998 г. используются методики эндопротезирования нижней челюсти с использованием современных материалов и аутоклеток. Первичная костная пластика выполнена 65 пациентам. Средний возраст больных составил 45-55 лет. Морфологически опухоль представляла собой: плоскоклеточный рак в 60% случаев, остеобластокластома — в 20%, аденокарцинома — в 15%, фиброзная дисплазия — в 5%. Титановые металлоконструкции были использованы у 54 пациентов, аутоотрансплантаты (ребро, малоберцовая кость, фрагмент большеберцовой кости) — у 7, аллокость («Тугопласт») — у 4. У 68% больных костная пластика сопровождалась одномоментным закрытием дефекта мягких тканей органов полости рта кожно-жировыми, кожно-мышечными лоскутами. Во всех случаях был достигнут удовлетворительный косметический результат, восстанавливалась функция жевания, глотания.

Анализ осложнений реконструктивных операций на нижней челюсти показал, что наиболее часто встречалось прорезывание металлоконструкциями мягких тканей челюстно-лицевой зоны (42%), приведшее к удалению трансплантата в разные сроки (от 4 до 18 мес. после первичной операции).

Таким образом, своевременное и полноценное эндопротезирование послеоперационных дефектов нижней челюсти у онкологических больных позволяет получить хорошие функциональные и косметические результаты.

ПЛАСТИКА ФАРИНГОСТОМ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ

Светицкий П.В., Кацяя Э.Т.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»,
Ростов-на-Дону, Россия

Проблемы связанные с пластикой фарингостом (ФС) возникли одновременно с началом проведения операций на гортани и глотке. В настоящее время, несмотря на наличие ряда методик по ликвидации ФС, эта проблема остается актуальной. Существует несколько принципиальных подходов к закрытию стом. Это классические методы по использованию местных тканей, кожно-жиро-мышечных стеблей и лоскутов. Хорошо зарекомендовала себя пересадка артериализированных трансплантатов. Наиболее простыми являются способы закрытия стом местными тканями, которые, казалось бы,

при своей типичности не похожи одна на другую и имеют много особенностей. Предоперационная лучевая терапия у этих больных, как правило, осложняет послеоперационное заживление. Главные трудности возникают при наличии волос на шее.

В разработанной нами методике мы максимально используем слизистую глотки, корня языка и пищевода для внутренней выстилки, также используются участки эпилированной кожи шеи, которые возникают вокруг стомы после облучения и постоянного соприкосновения кожи с истекающим из стомы содержимым. Эти участки кожи, как правило, по своей площади небольшие и не соответствуют размерам стомы. Однако их можно рационально использовать. Из этой эпилированной кожи мы формируем лоскут на ножке, который частично дезидермизируем в виде горизонтальных полосок, обеспечивающих его приживание. Лоскут укладываем кожной поверхностью на шов слизистой и фиксируем к её основанию, что значительно суживает просвет стомы и облегчает мобилизацию и ушивание кожи наглухо.

По предложенной методике прооперировано 19 больных, у 16-ти из которых заживление произошло первичным натяжением. К концу первого месяца был удален носопищеводный зонд с восстановлением естественного глотания. Улучшились результаты занятий с логопедом — появилась разборчивая шепотная, а затем — разговорная речь. В 3 случаях наступило рестомирование, потребовавшее повторных операций, прошедших благополучно.

Таким образом, разработанный способ пластики фарингостом с формированием 3-х тканевых слоев из местных тканей можно использовать для восстановления дефекта передней стенки глотки.

КОРРЕКЦИЯ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Трофимов Е.И., Иванченко Г.Ф., Осипенко, Новицкая Н.В., Фуки Е.М.

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» Росздрава,
Москва, Россия

Стойкие нарушения функций гортани после первичных операций на щитовидной железе развиваются в 1-5% случаев, возрастая до 15-30% при повторных вмешательствах. Частота спонтанного восстановления подвижности голосовых складок минимальна. Лечение стойких параличей с развитием стеноза гортани — это сложная хирургическая проблема. При лечении больных узловыми заболеваниями щитовидной железы в общехирургических отделениях стационаров, нарушения иннервации гортани, как правило, игнорируются лечащим персоналом.

Материал и методы. Произведено лечение 163 больных с одно- и двухсторонними параличами гортани, развившимися после операций на щитовидной железе.

При абдукционных односторонних параличах гортани (104 пациента) применяется методика имплантационной микрохирургии с введением биополимеров в голосовую складку для восстановления фонации.

При аддукционных параличах гортани (59) проводится одно- или двухсторонняя ариеноидхордектомия. В ряде случаев используется методика латерофиксации голосовых складок.

Результаты. Методики хирургической коррекции параличей гортани позволили восстановить голосовую функцию у 92,3%, деканюлировать 83,1% больных.

Выводы. Все предложенные методики реабилитации при параличах гортани многоэтапны и требуют значительных усилий от больного и врача.

В обследовании и лечении больных заболеваниями щитовидной железы должен принимать участие отоларинголог, как для оценки пред- и послеоперационного состояния голосового аппарата, так и для адекватной коррекции возникших нарушений.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА ПРИ ПЕРЕЗАХ И ПАРАЛИЧАХ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Уклонская Д.В., Дудицкая Т.К., Матвеева С.П.

ЦКБ №2 им Семашко ОАО «РЖД»,
ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава,
кафедра онкологии и лучевой терапии,
Москва, Россия

Опухоли слюнных желез среди новообразований головы и шеи отмечены в 1 – 5% случаев. У 88% больных новообразования локализируются в больших слюнных железах. Хирургический метод лечения является ведущим. Лицевой нерв представляет комплекс двигательных, чувствительных и моторных волокон. Выделение ветвей лицевого нерва является ответственным этапом хирургического вмешательства. Причинами послеоперационного пареза или паралича нерва могут быть прямое повреждение ветвей, вазомоторные нарушения, сдавливание нерва вследствие отека или послеоперационным рубцом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 1996 по 2008 годы находились 112 пациента. Из них доброкачественные новообразования были диагностированы у 70 больных (62,5%), злокачественные – у 42 пациентов (37,5%). При доброкачественных новообразованиях в 61,4% случаев (43 пациента) отмечались односторонние ограничения подвижности мимических мышц. После паротидэктомии с сохранением ветвей лицевого нерва травматический парез отмечен в 100%. Проведенное обследование выявило, что при параличах и парезах отмечается асимметрия лица, ограничение или отсутствие мимических движений, снижение речевой функции. Исследование речевой деятельности проводилось по следующим параметрам: двигательная активность органов полости рта, качество произношения звуков русского языка, разборчивость речевого потока по Н.Б. Покровскому. Занятия с больным начинались на 7-10 день после проведенной операции. Больным предлагались статические и динамические артикуляционные упражнения в пассивном, активном режиме и с сопротивлением. Далее приступали к уточнению артикуляций дефектных звуков.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных логопедических занятий у 100% больных увеличилась разборчивость речи и в 79,4% случаев (89 человек) достигла нормальных показателей, облегчился процесс приема пищи, мимические движения нормализовались.

Логопедическая работа позволяет восстановить или существенно улучшить речевую функцию, процесс приема пищи, что позволяет обрести душевный комфорт, а также вернуться к полноценной жизни и трудовой деятельности.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА И ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ II - III СТ. ГОЛОВЫ И ШЕИ

Филоненко Е.В., Решетов И.В., Сухин Д.Г.,
Ерохов С.В., Крылова Г.П.

ФГУ Московский научно-исследовательский
онкологический институт им. П.А.Герцена,
Москва, Россия

Проблема диагностики и лечения злокачественных опухолей головы и шеи остается актуальной, во всем мире отмечается рост заболеваемости. В данной группе больных среди злокачественных опухолей кожи ведущее место занимает базальноклеточный и плоскоклеточный рак, оптимальным видом лечения которого является хирургический. Частота рецидивирования рака кожи стадии T2N0M0 – T3N0M0 после хирургического лечения достигает 13,8 – 16,7%. Неудовлетворитель-

ными следует признать и показатели пятилетней выживаемости при T3-T4, которые составляют 48,1% и 23,1% соответственно (Савельева А.Е. с соавт., 2003; Максимова Н.Е. с соавт., 2000). Ведется поиск и разработка новых комбинированных методов с целью улучшения результатов хирургического лечения.

В МНИОИ им. П.А. Герцена разработана методика интраоперационной фотодинамической терапии (ИОФДТ) при хирургическом лечении больных плоскоклеточным и базальноклеточным раком кожи II-III стадии. Начаты клинические испытания – проведено лечение 5 больных.

На предоперационном этапе этим больным проводили флуоресцентную диагностику (ФД) с целью определения границ опухолевого поражения для планирования хирургического этапа. Для ФД применяли отечественные препараты «Аласенс» – предшественник эндогенного флуорохрома протопорфирина IX и флуоресцентную установку «УФФ-630-01 БИОСПЕК». Через 3 ч после приема внутрь раствора препарата «Аласенс» в дозе 20 мг/кг массы тела проводили сеанс ФД с оценкой границ опухолевого поражения кожи. Производили разметку с маркировкой границ флуоресценции.

Для проведения ИОФДТ за 2 ч до выполнения операции больному вводили внутривенно фотосенсибилизатор «Фотосенс» в дозе 0,2 мг/кг веса тела. Во время хирургического этапа, после удаления злокачественной опухоли, производили сеанс лазерного облучения операционного поля. Использовали лазерную установку «ЛФТ-675-01М – БИОСПЕК» (длина волны 670 нМ), мощность лазера 1000-1500 мВт, плотность энергии 20 Дж/см².

Предлагаемые методики предоперационной ФД и интраоперационной ФДТ не приводили к развитию осложнений и побочных реакций и могут применяться для повышения эффективности хирургического лечения пациентов со злокачественными опухолями головы и шеи как за счет оптимального планирования объема резекции с учетом границ флуоресценции опухоли, так и за счет повышения абластики при проведении ИОФДТ.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Филоненко Е.В., Ерохов С.В.,
Сухин Д.Г., Ерастова Е.И.

ФГУ Московский научно-исследовательский
онкологический институт им. П.А.Герцена,
Москва, Россия

Одной из актуальных проблем современной онкологии является разработка эффективных методов лечения инфекционных осложнений у онкологических больных, в связи с тем, что в данной группе пациентов имеется тенденция к замедлению процессов ранозаживления (Дмитриева Н.В. и соавт., 2001; Волкова З.В., 2005; Voogaerts M. A., 1995). В работе (E.Lohde 1993) были представлены результаты многофакторного анализа риска развития послеоперационных инфекционных осложнений у 2033 больных, которым были проведены 2318 операций. В результате был убедительно показан более высокий риск послеоперационных инфекционных осложнений у онкологических больных (74,1% в сравнении с 25,9% больных, не имевших онкологического заболевания).

В МНИОИ им. П.А. Герцена применяется методика комплексного лечения гнойных ран с использованием фотодинамической терапии (ФДТ) с препаратом фотосенс. Фотосенс наносят местно в виде 0,036% раствора, смачивая им 8-слойную марлевую салфетку и накладывая непосредственно на раневую поверхность. Место аппликации закрывают вощеной бумагой и светонепроницаемой повязкой. Через 24 часа салфетки с препаратом снимают и проводят сеанс ФДТ. Плотность энергии одного сеанса – 40-50 Дж/см². Количество сеансов – 3.

Эффективность лечения оценивали по бактериологическим и клиническим показателям. Посев на качественный и количественный состав бактериальной флоры брали до и после лечения. Клинически

отмечали количество раневого отделяемого, сроки краевой эпителизации, появления грануляций, полного заживления раны.

В МНИОИ им. П.А. Герцена методом ФДТ было пролечено 28 пациентов с длительно не заживающими гнойными ранами, возникшими на различных сроках послеоперационного периода. Получены следующие результаты: полный эффект (полное исчезновение бактериальной обсемененности) - у 3 пациентов (10,7%), частичный эффект (исчезновение одного или нескольких штаммов со снижением общей концентрации оставшихся микроорганизмов) - у 8 пациентов (28,5%), без эффекта (появление одного или нескольких штаммов микроорганизмов со снижением концентрации имеющихся, исчезновение одного или нескольких штаммов с повышением общей концентрации, появление одного или нескольких штаммов с повышением общей концентрации микроорганизмов) - у 17 пациентов (60,7%). Клинически было отмечено более быстрое очищение ран от фиброзного налета и уменьшение на 1-2 сутки лечения раневого отделяемого у всех больных. При лечении ран размерами до 10 см² зарегистрировано ускорение ранозаживления в 1,5-2 раза по сравнению с группой больных, лечение которым проведено без использования ФДТ. При лечении ран размерами более 10 см² отмечено более раннее появление краевой эпителизации.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ

*Чойнзонов Е.Л., Авдеев С.В., Кушнер А.В.,
Чижевская С.Ю., Назарова Л.С.*

*НИИ онкологии СО РАМН,
Томск, Россия*

Введение: все известные общие анестетики вызывают в послеоперационном периоде депрессию дыхания, гиповентиляцию с уменьшением МВЛ, что может способствовать развитию застойных явлений со стороны легких. Современный газовый анестетик ксенон, который по своим свойствам близок к идеальному анестетику, не оказывает отрицательного влияния на функцию легких. Быстрое пробуждение после ксенонового наркоза способствует ранней активизации пациентов.

Методы. функция внешнего дыхания была изучена у 46 пациентов раком гортани T2 N2M0. Всем пациентам было выполнено комбинированное лечение, включающее химио- и лучевую терапию, ларингэктомию с лимфодиссекцией. Методом слепой рандомизации больные были распределены в две группы: 22 пациента оперированы под ксеноновой анестезией в соотношении Xe:O₂=70%:30%. 24 пациента оперированы ТВВА в комбинации N₂O с O₂ (60%:40%). Показатели ФВД были исследованы до операции и на третьи сутки после операции спирометром "Microspiro HJ-601" (Япония). Для объективизации данных ФВД использовали трахеостомический адаптер (патент №78652 от 10.12.08). Главные индексы ФВД (МОС25,50,75) определяли обструктивные и рестриктивные изменения.

Результаты. В послеоперационном периоде у пациентов группы сравнения было выявлено снижение ЖЕЛ в среднем на 6-6,5% (0,59±0,11) (p<0,05), уменьшение объемной скорости выдоха на 13-15 % (1,22±0,12) (p<0,05) по сравнению с исходным

значением. У пациентов группы ксеноновой анестезии уменьшение ЖЕЛ составило 3,5% (0,30 ± 0,06) (p < 0,05), и уменьшение максимальной объемной скорости выдоха составило 5,5-6,0% (0,53 ± 0,11) (p < 0,05). Параметры восстановления демонстрировали статистически значительно более быстрое восстановление ФВД при анестезии ксеноном по сравнению с ТВВА-закрытию-азота с кислородом.

Заключение. Ксеноновая анестезия у больных раком гортани не вызывает депрессии дыхания в послеоперационном периоде.

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

*Штин В.И., Новиков В.А., Фролова И.Г.,
Трухачева Н.Г., Шишкин А.А.*

*ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН,
Томск, Россия*

Оперативные вмешательства, используемые у больных местнораспространенными опухолями полости носа и придаточных пазух, зачастую приводят к выраженным косметическим и функциональным нарушениям, затрудняющим процессы социальной адаптации. В НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН разработана методика реабилитации пациентов включающая индивидуальное эндопротезирование и послеоперационную магнитолазерную терапию. Индивидуальные имплантаты изготавливают на основании стереолитографической модели средней зоны лица пациента. С целью стимуляции репаративных процессов в послеоперационной ране в послеоперационном периоде проводится магнитолазерная терапия с использованием инфракрасного лазерного излучения и постоянного магнитного поля аппаратов «Милта-Ф» и «Мустанг-2000». В исследование вошли 46 больных. Из них 22 пациента получили лечение с использованием индивидуальных эндопротезов из никелида титана и магнитолазерной терапии (исследуемая группа), а у 24 больных (контрольная группа) с целью протезирования костных структур субкраниальной области использовались типовые имплантаты. Сравняемые группы по полу, возрасту, морфологическому строению опухолей и распространенности процесса были идентичны. В ходе наблюдения за пациентами исследуемой группы выявлено выраженное противоопухолевое и противовоспалительное действие, снижение болевого синдрома. Помимо этого определялось сокращение сроков заживления послеоперационной раневой поверхности в 2 раза. Фаза очищения раневой поверхности длилась 4-6 суток (контрольная группа — 7-10 суток). Через 2-3 недели после операции грануляционная ткань полностью закрывала раневую поверхность (контрольная группа - 5 недель). Параллельно начинался процесс эпителизации раневой поверхности, длительность которого составила 1-2 месяца в зависимости от объема оперативного вмешательства и типа индивидуального протезирования (контрольная группа — 3-4 месяца). В исследуемой группе осложнения зарегистрированы в 2 случаях (12,5%), тогда как в контрольной группе данный показатель составил 46% (14 случаев). Таким образом, использование индивидуального протезирования и послеоперационной магнитолазерной терапии позволяет повысить уровень реабилитации и качество жизни большинства пациентов.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Барышев В.В., Андреев В.Г.

ГУ-МРНЦ РАМН,
Обнинск, Россия

Основным способом лечения злокачественных опухолей верхней челюсти является комбинированный, который включает лучевую терапию и хирургическое вмешательство. При обширных опухолевых процессах часто приходится полностью удалять верхнюю челюсть, лишая опоры глазное яблоко. Это приводит не только к косметическим дефектам, но и к нарушению бинокулярного зрения.

Нами разработан и применен метод одномоментной реконструкции нижней стенки глазницы с помощью сетчатого полимерного имплантата.

После удаления верхней челюсти с полной резекцией нижней глазничной стенки выкраивают фрагмент сетчатого имплантата, соответствующего по форме дефекту. Затем имплант укладывают под клетчатку глазного яблока и фиксируют рассасывающимся шовным материалом. Медиально имплант фиксируют к оставшимся клеткам решетчатого лабиринта, либо носовой перегородке, либо носовым костям и латерально — к оставшимся фрагментам скуловой кости, либо к порциям височной мышцы. В результате создается каркас глазницы, препятствующий смещению ее тканей вместе с глазным яблоком. В послеоперационном периоде сетчатый имплант достаточно быстро прорастает соединительной тканью, формируя надежный каркас для тканей глазницы и глазного яблока с сохранением бинокулярного зрения. Он не препятствует обзору послеоперационной полости на предмет выявления возможных рецидивов опухоли. Полная эпителизация поверхности имплантата наступает примерно через 1 месяц после операции.

Простота метода и относительная его дешевизна, на наш взгляд, позволит решить один из вопросов реабилитации больных злокачественными новообразованиями лицевого черепа в широкой сети профильных лечебных учреждений.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ В ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТА ГОРТАНИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бирин Л.М., Волкова В.Л.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт»,
Ростов-на-Дону, Россия

По данным канцеррегистра Ростовской области, 25% больных раком щитовидной железы впервые обращаются за специализи-

рованной помощью уже с распространенной первичной опухолью. При распространении опухолевого процесса на гортань, трахею в блок удаляемых тканей включаются фрагменты щитовидного хряща, колец трахеи, и тогда результат лечения оценивается не только по показателям безрецидивной выживаемости, но и по качеству послеоперационной жизни.

В отделении опухолей головы и шеи Ростовского научно-исследовательского онкологического института разработана и внедрена в практику методика радикальной операции на щитовидной железе по поводу местно-распространенного рака с резекцией фрагмента щитовидного хряща и одномоментным замещением образовавшегося дефекта гортани полипропиленовой сеткой, материалом дешевым, легким, не содержащим металла, обладающим достаточной прочностью и биосовместимостью с тканями организма, позволяющим без отсрочки проводить пациентам вторым этапом комбинированного лечения послеоперационный курс дистанционной гамма-терапии на ложе удаленной опухоли и пути лимфооттока.

По данной методике прооперировано 5 больных раком щитовидной железы St III (T4N1M0). На 2-е сутки после операции деканулированы трое больных, которым была наложена превентивная трахеостомия, двум пациентам трахеостомы не накладывались. Лучевое лечение начато в течение 2 недель после хирургического вмешательства всем пациентам.

Эффективность способа заключается в возможности проведения одномоментного радикального удаления опухоли щитовидной железы с пораженным хрящом гортани и восстановлением целостности гортани. Использование для замещения дефекта полипропиленовой сетки позволяет обеспечить возможность осуществления всего комплекса специальных лечебных воздействий (лучевой терапии) в срок и в полном объеме, а также профилактировать рубцовые стенозы гортани, в максимально короткие сроки восстановить естественные функции гортани, деканулировав больного, улучшив тем самым качество жизни пациента.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ БАСЕЙНА НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ

Васильев В.Н.

ФГУ Московский Научно-исследовательский институт
им. П.А. Герцена Росмедтехнологий,
Москва, Россия

Показатели заболеваемости онкологическими заболеваниями различной локализации неуклонно растут из года в год. Но несмотря на общую информированность врачей и пациентов о онкологических заболеваниях онкологическая настороженность в России, еще на очень низком уровне. Большая часть пациентов обращается в специализированные онкологические учреждения уже на III и IV стадиях опухолевого процесса. Хотя лучевая и химиотерапия с каждым днем набирают обороты как самостоятельные методы лечения опухолей той

или иной локализации, при лечении III и IV стадий злокачественных опухолей вышеперечисленных локализаций данные методы лечения могут быть использованы в большинстве случаев только в качестве комбинированного метода лечения с хирургическим компонентом. Учитывая важнейшую зону лица и шеи как в физиологическом, так и в косметическом аспектах жизни человека, все чаще и чаще лечение злокачественных опухолей приходится начинать с химиотерапии, лучевой терапии или их сочетания — химиолучевой терапии, стараясь хоть как-то минимизировать объем дефекта тканей, уносящихся во время операции, или хотя бы при распространенных процессах перевести опухоль в резектабельный вид. Местно-распространенные опухоли, а зачастую и метастатические поражения лимфоузлов шеи являются показанием к выполнению расширенных операций, которые нередко приводят к удалению или резекции важнейших анатомических и физиологических структур лица и шеи с формированием трахеостом, фарингостом, эзофагостом, ларингостом и гастростом. Такие операции наносят непоправимых психологический удар по пациенту и его родственникам, выключая их на долгое время из социальной среды. С появлением и дальнейшим бурным развитием микрохирургии хирургии, обладающие данными методиками, все чаще задумываются, как возможно закрыть дефекты после операций и вернуть человека в социальную среду. Существует довольно большое количество аутоотрансплантатов, которые разработаны и используются для закрытия обширных послеоперационных дефектов, однако не всегда для закрытия дефектов при индивидуальном подходе возможно использовать аутоотрансплантат из имеющихся в арсенале реконструктивно-пластических хирургов, что заставляет проводить поиски для изыскания новых аутоотрансплантатов.

Целью работы является исследование бассейна нижней и верхней эпигастральных артерий для определения кровоснабжения прямой и косой мышц живота, париетальной брюшины и апоневрозов прямой и косой мышц живота. На 17 трупах были забраны комплексы тканей на верхних и нижних эпигастральных артериях и венах. Нижние эпигастральные артерии были отсечены на уровне 1 см выше ответвлений от наружных подвздошных артерий, вены — на уровне 1 см до вхождения в наружную подвздошную вену. Верхние эпигастральные артерии были отсечены на уровне 1 см выше ответвления от внутренней грудной артерии, вены — на уровне 1 см от вхождения в воротную вену. После забора комплекса тканевой сосудистой сети была промыта антикоагулянтным раствором для удаления возможных тромбов в русле. При помощи окрашивающих растворов на 5 комплексах тканей были проведены исследования по контрастированию сосудистого русла. При этом выявлено, что нижняя эпигастральная артерия своими ветками питает: прямую мышцу живота, апоневроз прямой мышцы живота, апоневроз косой мышцы живота, предбрюшинную клетчатку и париетальную брюшину на стороне расположения на нижние 2/3 площади. Кроме того, давая ветки, проходящие через всю толщу прямой мышцы живота и ее апоневроз в толще подкожно-жировой клетчатки, они разветвляются и кровоснабжают кожу передней брюшной стенки. Верхняя же эпигастральная артерия питает прямую мышцу живота, апоневроз прямой мышцы живота, предбрюшинную клетчатку и париетальную брюшину на стороне расположения на верхнюю 1/3 площади и также питает часть кожи передней брюшной стенки. В 3 случаях полнослойный лоскут был выделен на верхнем эпигастральном сосудистом пучке, однако при выделении трансплантата было выявлено, что он имеет короткую питающую ножку, а для удлинения питающей ножки необходимо рассекать хрящевые части ребер. В 9 случаях забор трансплантата производился на нижних эпигастральных сосудах. Данные исследований с контрастированием позволили сделать выводы о том что: 1. Длина питающей ножки, состоящей из нижних эпигастральных артерии и вены, может достигать до 13 см. 2. Питающая ножка кровоснабжает прямую мышцу живота, апоневроз прямой мышцы живота, апоневроз косой мышцы живота, предбрюшинную клетчатку и париетальную брюшину на стороне расположения на нижние 2/3 площади, что позволяет забирать довольно обширные комплексы тканей.

Тем самым в ходе исследования выявлена возможность забора кожно-мышечно-серозного лоскута как самостоятельного аутоотрансплантата.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ГОЛОВЫ И ШЕИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ ИХ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Решетов Д.Н., Цалко С.Э., Мазурова М.П.

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра онкологии и лучевой терапии, Москва, Россия

Целью нашего исследования является оценка диагностической значимости аутофлуоресцентного исследования в определении хирургической тактики лечения больных с опухолями кожи и слизистых оболочек головы и шеи.

Суть аутофлуоресцентного исследования: при облучении исследуемого участка ткани лазерным излучением красного цвета (длина волны 635 нм) происходит фотохимическая реакция в молекулах порфиринов, входящих в структуру клеток и тканей. Возбужденные молекулы при возвращении к своему обычному состоянию выделяют квант света. В результате формируется аутофлуоресцентное излучение, по физическим параметрам отличное от исходного, возбуждающего.

Чем более интенсивно делятся клетки, тем ярче исходящее от них аутофлуоресцентное излучение. Интенсивность аутофлуоресценции позволяет достоверно судить о характере пролиферативных процессов в исследуемом участке тканей: физиологическая пролиферация; репарация, доброкачественная или злокачественная опухоль и т.д.

Алгоритм исследования: сбор анамнеза, данные осмотра и физического исследования, аутофлуоресцентное исследование, клинический диагноз, биопсия, сравнение результатов аутофлуоресцентного исследования с данными морфологического исследования.

Мы исследовали 74 различных новообразования кожи и слизистых оболочек головы и шеи. Из них в 45 случаях мы предполагали доброкачественный характер опухоли, в 29 — злокачественный. При сравнении данных аутофлуоресцентного исследования с данными морфологического исследования мы получили совпадение в группе доброкачественных опухолей в 40 (88,8%) наблюдениях, в группе злокачественных новообразований — в 27 (93,1%) наблюдениях.

Выполнение аутофлуоресцентного исследования новообразований кожи и слизистых оболочек головы и шеи позволяет достоверно с наибольшей вероятностью определить характер новообразования и осуществить хирургическое лечение больного в объеме, адекватном по агрессивности и травматичности характеру имеющегося у него образования.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОСКУТОВ С ОСЕВЫМ ТИПОМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Дикарев А.С.

Краевой клинический онкологический диспансер, Краснодар, Россия

Цель исследования: оценка результатов расширения объема хирургического лечения больных с местно-распространенными злокачественными эпителиальными опухолями покровных тканей органов головы и шеи

Материалы и методы. Опухоли головы и шеи в структуре общей онкологической заболеваемости населения Краснодарского края в настоящее время составляют 20,5%. Среди впервые обратившихся больных в диспансерно-поликлиническое отделение онкологического диспансера процент «запущенных форм» приближается к 80, при опухолях ротоглотки и гортаноглотки — до 70%, опухолях полости рта и языка более чем в 65% наблюдений. Одним из ведущих методов лечения этой группы больных является хирургический. Факторами, ограничивающими применения оперативного вмешательства, являются отказ больного от операции из-за опасения калечащих последствий, а так же ситуации, требующие обнажения жизненно-важных структур на этапе радикального удаления опухоли при условии невозможности одновременного закрытия раны местными покровными тканями. Реконструктивно-пластическая операция позволяет нивелировать обе проблемы. В отделении хирургии опухолей головы и шеи Краснодарского ОД с июля 2006 г. начато использование лоскутов с осевым типом кровообращения. Выполнено 10 операций с одномоментной реконструкцией с использованием в качестве пластического материала сложных кровоснабжаемых лоскутов: пекторального, трапециевидного, височного. Локализация опухолей: рак тела языка T2N0-1M0 — два больных, рак дна полости рта T2-4N0-1M0 — четыре больных, по одному больному: хондросаркома тела нижней челюсти T2bN0M0G2, рак гортаноглотки с метастазами в лимфатические узлы шеи T4N2M0, рак кожи лица T3N0M0, лейомиосаркома покровных тканей лобной области T1aN0M0. Всем больным с опухолями орофарингеальной локализации на дооперационном этапе проводилась дистанционная гамма-терапия с СОД 40 Гр — 60 Гр. Во всех случаях динамика процесса расценивалась как прогрессирующая отрицательная. Хирургическое лечение включало в себя следующие операции. У четырех больных проведены различных объемов расширенные комбинированные блок-резекции структур полости рта с резекцией тела нижней челюсти и нарушением ее непрерывности. В трех наблюдениях обеспечено сохранение непрерывности дуги тела нижней челюсти, для чего в одном из них понадобилась срединная мандибулотомия. Операционные дефекты в этих случаях восстанавливались кожно-мышечными и косто-кожно-мышечными пекторальными лоскутами. Иссечение опухоли покровных тканей свода черепа сопровождалось одномоментной комбинированной пластикой перемещенным васкуляризованным височно-теменным фасциальным лоскутом и расщепленным дермальным лоскутом. Удаление опухоли кожи лица, правых височной, скуловой, щечной областей, конъюнктивы проводилось с одномоментной пластикой перемещенным нижним трапециевидным васкуляризованным кожно-мышечным лоскутом. При расширенной ларингэктомии с одномоментной левосторонней шейной лимфодиссекцией, резекцией гортаноглотки и левосторонней гемитиреоидэктомией пластика осуществлена перемещенным васкуляризованным кожно-мышечным лоскутом на основе левой грудной мышцы. Все случаи эпителиальных опухолей орофарингеальной зоны сопровождались шейными лимфодиссекциями различных объемов.

Результаты. В трех наблюдениях послеоперационное заживление характеризовалось слабостью репаративных процессов, что явилось следствием проведенной ранее лучевой терапии по радикальной программе. У одного из этих больных в позднем послеоперационном периоде образовался лигатурный косто-кожный свищ, потребовавший хирургического лечения. Один пациент погиб на пятые сутки послеоперационного периода, причиной смерти послужила ТЭЛА. В одном наблюдении произошла гибель трансплантата, что повлекло за собой вторичное заживление донорской раны с образованием стомы. Три пациента трудоспособного возраста вернулись к труду. Большинство пациентов удовлетворены функциональным и косметическим результатом проведенного лечения. Рецидивы заболевания отсутствуют.

Выводы. Одномоментная реконструкция с использованием васкуляризованных лоскутов позволяют расширить показания к проведению хирургического лечения больных с местно-распространенными формами злокачественных новообразований органов головы и шеи с расчетом на хороший конечный результат.

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Карпов И.А.

*Кафедра пластической хирургии и косметологии
ГОУ ВПО УГМАДО Росздрава, ООО центр пластической
и эстетической хирургии «ПЛАСТЭС»,
Челябинск, Россия*

Актуальной медицинской проблемой является лечение больных со злокачественными опухолями головы и шеи.

Клинический материал включает наблюдения над 130 пациентами, которым в составе комплексного лечения выполняли реконструктивно-восстановительные операции. Медиана возраста — 55 лет. Из них 47 % составили больные с III и IV, 53 % с I и II ст. заболевания. До поступления 49,2 % подвергались противоопухолевому лечению.

При выполнении реконструктивной операции учитывались особенности онкологического и соматического статуса, размер послеоперационного дефекта, особенности реципиентных сосудов. Операции осуществлялись с учетом основополагающих принципов онкохирургии — радикализма и абластики. У 102 (78,5 %) пациентов операция выполнялась одномоментно, 28 человек (21,5 %) были прооперированы в отдаленном периоде. При удалении даже небольших злокачественных новообразований головы и шеи формировались обширные послеоперационные дефекты.

Для пластического закрытия изъянов было использовано 173 лоскута, трансплантата и имплантата. В 81 % использовались лоскуты на питающей ножке, в 19 % случаев — свободные ревазуляризируемые лоскуты.

У 31 больного (23, 8 %) регистрировались послеоперационные осложнения. У 2 (6,06 %) из 33 больных, в лечении которых использовались микрохирургические методики, диагностировано нарушение кровоснабжения лоскутов, вследствие тромбоза микрососудистых анастомозов. Проводилась тромбэктомия, реанастомозирование донорских и реципиентных сосудов, но в дальнейшем развился тотальный некроз лоскутов. У 3 больных (2,3 %) развились аррозийные кровотечения из каротидных сосудов шеи. Эти осложнения потребовали экстренного оперативного вмешательства и не стали фатальными для пациентов. У 13 (10 %) пациентов диагностировался некроз пластического материала, у 20 (15,4 %) — местные воспалительные осложнения. Системные висцеральные и генерализованные воспалительные осложнения не встречались.

Несмотря на то, что реконструктивные операции являются необходимым компонентом лечения больных с опухолями головы и шеи и позволяют в 85-90 % случаев восстановить эстетический облик, анатомическую целостность и функцию органов и тканей, поврежденных в процессе лечения, эти операции сопровождаются большим количеством осложнений (до 24 %). Снижение частоты осложнений является резервом улучшения результатов лечения этих больных.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ШЕИ

Поляков А.П., Хияева В.А.

*ФГУ Московский Научно-исследовательский институт
им. П.А. Герцена Росмедтехнологий,
Москва, Россия*

Цель: улучшить результаты лечения внеорганных опухолей шеи.

Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 1994-2008 гг. накоплен опыт лечения 39 пациентов (10 мужчин и 29 женщин) с внеорганными опухолями шеи, из них с саркомами мягких тканей шеи 18 больных (в гистологической структуре преобладала злокачественная фиброзная гистиоцитома), хемодектомами —

12 случаев, десмоидными фибромами — 3, нейрофибромами — 4, а также 1 пациент с ганглионевромой и 1 с малигнизированной срединной кистой шеи. Лечение по поводу первичной опухоли проводилось 32 пациентам, по поводу рецидива заболевания — 7, ранее леченным в других учреждениях. Регионарные метастазы не отмечены, у 2 больных были выявлены отдаленные метастазы.

В 32 наблюдениях проводилось только хирургическое лечение, в 7 — комбинированное (3 пациентам — хирургическое лечение в комбинации с ИОЛТ, 2 больным — хирургическое лечение с пред- или послеоперационной ЛТ, и в 2 наблюдениях проведена нео- или адьювантная ХТ).

Локализация и местная распространенность процесса требовали радикальных, калечащих, инвалидизирующих операций с резекцией мягких тканей шеи в 24 случаях, костных структур в 9 (у 4 больных — тел шейных позвонков), щитовидной железы в 4 наблюдениях, гортани — 2, глотки — 2. Ангиопластика выполнена 5 пациентам (в группе хемодектом). Образование обширных, сложных сочетанных дефектов после радикального удаления опухоли потребовало их одномоментного устранения, для чего в 9 случаях использовался метод микрохирургической аутоотрансплантации тканей, с использованием в качестве трансплантата большой грудной мышцы у 2 пациентов, большого сальника — 2, кожно-мышечно-реберного трансплантата — 2, кожно-фасциального — 1, толстокишечно-сальникового — 1, микрохирургическая реконструкция подъязычного нерва выполнена 1 пациенту. В двух наблюдениях для закрытия дефекта применялись перемещенные кожно-мышечные лоскуты из волокон большой грудной мышцы.

Послеоперационные осложнения развились у 25% пациентов, наибольшая их частота отмечена в группе больных, оперированных по поводу хемодектом: парез гортани, нарушение ее разделительной функции, гематома. Летальность составила 5 % (оба пациента с хемодектотомиями). В одном наблюдении причиной послужила асфиксия, вызванная отеком мягких тканей шеи и глотки, во втором — смерть наступила в результате ишемического инсульта головного мозга.

Заключение. Значительная местная распространенность опухолевого процесса с вовлечение органов шеи, магистральных сосудов, нервов не является противопоказанием к хирургическому лечению в связи с современными возможностями реконструктивно-пластической хирургии и проведением при необходимости ангиопластики, невралной пластики и микрохирургической аутоотрансплантации тканей. Предпочтительна активная хирургическая тактика, включая рецидивы внеорганных опухолей шеи. Учитывая сложную функционально-анатомическую зону, хирургическое лечение требует одномоментного закрытия дефектов. Использование ИОЛТ при лечении внеорганных опухолей шеи позволяет сократить сроки комбинированного лечения. Надежная пластика позволяет реализовать весь план комбинированного или комплексного лечения в необходимые сроки. Лечение больных с опухолевыми процессами данной локализации должно осуществляться в квалифицированных специализированных онкологических учреждениях с необходимой материально-технической оснащенностью, с возможностью проведения комплексного лечения.

ОПЕРАЦИИ НА ТРАХЕЕ ПРИ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ ПОСТТРАХЕОСТОМИЧЕСКИХ СТЕНОЗАХ — ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭТОЙ ПАТОЛОГИИ

Порханов В.А., Сельващук А.П., Кононенко, В.Б., Коваленко А.Л., Бодня В.Н., Ситник С.Д., Поляков И.С.

Краевая клиническая больница №1 — Центр грудной хирургии, Краснодар, Россия

Несмотря на введение современного анестезиологического расходного материала, вероятность развития постинтубационных, посттрахеостомических стенозов трахеи сохраняется и варьирует от 2 до 50%.

Актуальность. Наличие относительно большого количества пациентов с этой патологией, при отсутствии четко выработанного алгоритма лечения больных с этой патологией.

Материалы и методы. С 1989 года, сначала в Краевом центре торакальной хирургии, а затем с декабря 2002 года по декабрь 2008 года в Центр грудной хирургии поступило 83 пац. с посттрахеостомическим (ПТС) стенозом и 49 с постинтубационным (ПС). Среди пац. с ПТС у 29 локализация определялась как трахеогортанная, у 31 шейная и у 23 грудного отдела трахеи. Среди больных ПС стенозом у 2 был трахеогортанный, у 21 сужен шейный и у 26 грудной отдел трахеи. Возраст пациентов был от 6 до 73 лет, средний возраст 38 лет. Большинство были мужчины — 84 (64%) пац. Сопутствующей патологией явились различные неврологические расстройства у 39 (34%), сахарный диабет у 16 (14%), бронхиальная астма у 9 (8%), миастения у 3 (2,6%). Протяженность стеноза до 1 см у 15 (11%) пац, от 1 до 4 см у 100 (76%) пац, и более 4 см у 11 (14%) — из них у 2 пац, имелся субтотальное поражение трахеи. Всем пациентам лечение начиналось с ригидной бронхоскопии и реканализацией стеноза: дилататором, электрической петлей, тубусом бронхоскопа, лазером. У 76 (58%) устанавливался стент

Результаты. Рестенозирование после бужирования наблюдалось в 100% случаев. При протяженности стеноза до 1 см ригидная бронхоскопия оказалась эффективной у 11 (70%) пациентов, при длине стеноза до 4 см — у 7%. После стентирования в 86% случаев потребовалось оперативное лечение. Сроки, в которые выполнялась резекция трахеи от 5 дней до 1,5 лет после первого поступления в Центр. Использовался шейный, стернотомный. Торакотомный или комбинированный доступ к трахее. Длина резецированного участка трахеи была от 2 до 10 см, средняя длина 4,5 см. Наибольший уровень рестенозов наблюдался при трахеогортанных резекциях (29%), в остальных случаях несостоятельность и рестеноз составили 2,3%. Общая госпитальная летальность 1,5%. Период наблюдения пациентов составил от 11 лет до 4 месяцев.

Выводы. Эндоскопические вмешательства наиболее эффективны при небольших по протяженности стенозах и служат этапом подготовки к открытой операции. Стентирование трахеи показано больным при противопоказаниях к оперативному лечению. При длительном стентировании наблюдается увеличение протяженности стеноза, поэтому циркулярная резекция трахеи при этой патологии и остается наиболее эффективным лечением в настоящее время. Наиболее трудными остаются трахеогортанные резекции, техника выполнения которых нуждается в дальнейшем совершенствовании.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП К ВИСЦЕРАЛЬНЫМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Решетов И.В., Чиссов В.И., Кравцов С.А., Ратушный М.В.

ФГУ Московский Научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, Москва, Россия

Актуальность. Одним из перспективных направлений современной онкологии является малоинвазивная диагностика и хирургия. В МНИОИ им. П.А.Герцена разработана методика малоинвазивного абдоминального доступа для формирования висцеральных аутоотрансплантатов у онкологических больных.

Методы. Накоплен клинический опыт лечения 44 пациентов в возрасте от 16 до 55 лет, 17 мужчин и 26 женщин со злокачественными местно-распространенными опухолями краниофациальной (24) и орофарингеальной локализацией (20). У 14 больных были опухоли кожи волосистой части головы, рак верхней челюсти у 5 больных, опухоль клеток решетчатого лабиринта — 5, рак слизистой оболочки дна полости рта — 4, рак языка — 5, рак ротоглотки — 3, рак гортаноглотки — 2, саркома мягких тканей лица — 1, саркома нижней

челюсти — 1, рак околоушной слюнной железы — 4. Для пластического закрытия обширных дефектов после резекционного этапа операции использовали органы брюшной полости. В качестве доступа избирали циркулярный параумбиликальный разрез, позволяющий обеспечить адекватный доступ в брюшную полость с минимальной внешней травмой передней брюшной стенки. При помощи видеоассистированной техники (видеоэндоскопическая стойка) рассекали апоневроз по средней линии. Донорские органы (сальник, большая кривизна желудка, поперечная-ободочная кишка) выводились через минилапаротомное отверстие на переднюю брюшную стенку, после чего выделяли сосудистую ножку лоскута (правые желудочно-сальниковые сосуды, средние ободочные сосуды) и формировали висцеральный аутоотрансплантат. После формирования и отсечения трансплантата органные анастомозы формировались экстракорпорально. После ревизии органов брюшной полости у 2 пациентов была выполнена стандартная верхнесрединная лапаротомия. Поводом для расширения хирургического доступа послужил выраженный спаечный процесс при попытке формирования 1 желудочно-сальникового и 1 толстокишечно-сальникового аутоотрансплантатов и ожирение при формировании одного сальникового лоскута. План операции в этих случаях также был реализован — трансплантаты были сформированы и пересажены на реципиентные раны.

Результаты. В 41 наблюдении удалось завершить операцию из минимального доступа (у 4 из них ранее были абдоминальные вмешательства). Было сформировано и подготовлено к аутоотрансплантации 23 сальниковых лоскутов, 4 желудочно-сальниковых лоскута и 14 толстокишечно-сальниковых лоскутов. Интра- и послеоперационных осложнений со стороны органов брюшной полости не было. В результате проведенных клинично-морфологических сопоставлений мы не обнаружили достоверных признаков структурно-функциональной перестройки слизистой оболочки желудочного и толстокишечного фрагментов после их пересадки в полость рта или глотки в сроки до 1 года.

Заключение. Использование малоинвазивных технологий при формировании висцеральных аутоотрансплантатов для реконструкции органов головы и шеи позволяет значительно уменьшить операционную травму и сократить срок лечения. Показаниями к этому доступу являются ослабленный онкологический больной или молодая женщина, не желающая иметь дополнительный рубец в донорской области.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ФАРИНГОПЛАСТИКА С ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ

Решетов И.В., Чиссов В.И., Ольшанский В.О., Кравцов С.А., Ратушный М.В.

ФГУ Московский Научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, Москва, Россия

Одним из перспективных направлений современной онкологии является необходимость выполнения реконструктивно-пластических вмешательств на этапах комбинированного и/или комплексного лечения больных со злокачественными опухолями. Благодаря этому, значительно сокращаются сроки и качество реабилитации пациентов, а также снижается уровень инвалидизации оперированных больных.

Материалы и методы. Девять пациентов со злокачественными опухолями гортаноглотки в возрасте от 40 до 55 лет были оперированы в Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена. Преобладал плоскоклеточный рак. В группе с первичными опухолями (6 больных) распространенность соответствовала индексу T4 у 5 больных, T2 — в 1-м наблюдении, N1 — у 2 больных. Во всех наблюдениях был сформирован обширный функциональный и косметический дефект верхних пищеварительных и дыхательных путей. Для устранения дефектов слизистой оболочки глотки была выполнена аутоотрансплантация микрохирургических лоскутов: желудочно-сальникового (3), толстокишечно-сальникового (5) и лучевого лоскута (1). У 7 больных одновременно с микрохирургической фарингопластикой было выполнено трахеопищеводное шун-

тирование с установкой голосового протеза. Отсроченная установка голосового протеза была выполнена у 1 больного.

Результаты. Некрозов лоскутов не отмечено. Высокое качество пластического материала способствовало полному самостоятельному заживлению слюнного свища у 2 пациентов. Питание через рот было восстановлено во всех наблюдениях. Все пациенты были деканюлированы в течение 3 недель после операции. В 7 наблюдениях голосовая функция была восстановлена после установки голосового протеза. Один пациент умер в раннем послеоперационном периоде вследствие аррозивного кровотечения из сосудов средостения.

Заключение. Микрохирургическая аутоотрансплантация тканей при фарингопластике способствует не только восстановлению пищевода, но и позволяет добиться удовлетворительных результатов при реабилитации голосовой функции.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Решетов И.В., Кравцов С.А., Поляков А.П., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ратушный М.В.

ФГУ Московский Научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель: улучшение функциональной и социальной реабилитации пациентов после радикального удаления местно-распространенных злокачественных опухолей челюстно-лицевой зоны с резекцией лицевого скелета.

Материалы и методы. Предложен метод реконструкции челюстно-лицевой зоны после радикального удаления злокачественных опухолей с использованием метода аутоотрансплантации морфо-функционально однородных тканей. Накоплен опыт лечения 244 пациентов. Первичные опухоли были у 104 (43%) пациентов. III-я стадия опухолевого процесса установлена в 35,0% и IV-я в 60,0% случаев, рецидивные опухоли у 113 (46,2%). По поводу сформированных ранее послеоперационных дефектов оперировано 9,8% больных. 187 (76,8%) пациентов имели эпителиальные опухоли, из них с символом T3 — 38,7% и T4 — 58,1%. Резекция основания черепа произведена в 34 (14%) наблюдениях.

Для устранения орофациальных, краниоорфациальных, орорбитофациальных и изолированных дефектов нижней челюсти использовано 288 аутоотрансплантатов: висцеральных: 50 желудочно-сальниковых, 14 толстокишечно-сальниковых, 37 сальниковых; кожно-мышечно-костных: — 11 лучевых, 15 подвздошных, 12 малоберцовых, 99 реберно-мышечных, 3 лопаточных, 23 различных кожно-мышечных лоскутов и 24 кожно-фасциальных лучевых.

Висцеральные лоскуты использованы для устранения дефектов тканей дна полости рта, ротоглотки и щеки, кожно-мышечно-реберные — для орорбитофациальных и орофациальных дефектов, малоберцовый лоскут — для изолированных дефектов нижней челюсти, подвздошный аутоотрансплантат — для тотальных дефектов твердого неба, лучевой — для небольших дефектов дна полости рта, щеки и преддверия рта и костно-кожный лучевой для реконструкции альвеолярных отростков.

Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 61 (25%) больных. Летальность составила (2,8%). Тотальный некроз лоскута отмечен у 12 (5,1%) пациентов. Некроз лоскута в группе костных аутоотрансплантатов отмечен в 5,7% наблюдений.

Пластика успешно завершена у 98,4% больных. Реабилитация достигнута в 88,6% наблюдений. Вернулись к труду 32% пациентов.

Выводы. Использование морфофункциональных аутоклет и индивидуализация выбора аутоотрансплантата в зависимости от типа дефекта позволяет достичь высокий процент функциональной реабилитации больных в сочетании с социальной и трудовой реабилитацией. Микрохирургическая реконструкция краниофациальных дефектов при лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой зоны позволяет решить основные проблемы пластического закрытия обшир-

ных сочетанных дефектов челюстно-лицевой зоны после радикального хирургического лечения местно-распространенных опухолей.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПOKPOBНЫХ ТКАНЕЙ МЕТОДОМ УПРАВЛЯЕМОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛОТОКСИНА

Решетов И.В., Поляков А.П., Антонова Л.Е.

ФГУ Московский Научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, Москва, Россия

Задача исследования. Улучшить результаты хирургического лечения новообразований кожи и реконструкции покровных тканей путем усовершенствования метода управляемой тканевой дермотензии.

Материал и методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена проведено лечение местно-распространенного базально-клеточного и плоскоклеточного рака новообразований кожи у 3-х пациентов с использованием метода управляемой тканевой дермотензии в комбинации с введением препарата «Лантокс» (ботулинического токсина типа А). Использовались тканевые экспандеры «Eurosilicone» объемом от 250 до 500сс. Контрольную группу составили 15 пациентов, которым тканевая дермотензия проводилась без применения ботулотоксина. Метод заключается в том, перед имплантацией тканевого экспандера в зону его установки по всей площади предполагаемой дермотензии внутрикожно вводили ботулинический токсин «Лантокс». Вводимая доза составляла 2,5-3,3 Ед на точку введения, интервал между точками введения — 1,5-2 см, а общая вводимая доза — 50-100 Ед. Через 10 минут после введения БТА устанавливался экспандер, после чего через 7 суток начинался процесс заполнения его физиологическим раствором. Оценивались время растяжения тканей, болевые ощущения, состояние сформированного впоследствии кожно-фасциального лоскута и осложнения связанные с нарушением микроциркуляции в зоне имплантации.

Результаты. Все экспандеры находились в состоянии избыточного наполнения, среднее время растяжения — 7 недель. В группе пациентов пролеченных с БТА болей в зоне дермотензии не отмечалось. В контрольной группе у 9 (60%) пациентов процесс сопровождался выраженными болевыми ощущениями. Растянутый участок кожи лба при использовании БТА был тоньше по сравнению с таковым у контрольной группы, отмечено сокращение сроков дермотензии в среднем на 2 недели. Осложнений не отмечено. В контрольной группе у 2 (13%) больных развились осложнения в виде протрузии экспандера.

Вывод. Комбинация метода управляемой тканевой дермотензии с БТА («Лантокс») снижает сопротивление тканей, укорачивает время растяжения и нивелирует болевой синдром, при этом улучшается качество пластического материала.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СВОБОДНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ ЛОСКУТОВ В ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Роман Л.Д., Карпенко А.В., Чуманихина Н.С., Костюк И.П., Сибгатуллин Р.Р.

Ленинградский областной онкологический диспансер, отделение опухолей головы и шеи, Санкт-Петербург, Россия

С 2005 года в отделении постепенно внедряется методика пластики послеоперационных дефектов свободными реvascularизированными лоскутами. Данные тезисы отражают наши первые результаты.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2008 годы свободные лоскуты применялись в лечении 12 пациентов (11 мужчин и 1 женщина, средний возраст — 61,2 года) с опухолями различной локализации. Типы лоскутов: лучевой кожно-фасциальный лоскут — 8 случаев, торакодорсальный кожно-мышечный — 3, тощекишечный

трансплантат — 1. В качестве оптической поддержки использовались исключительно бинокулярные лупы с 2,5 и 4-х кратным увеличением. Все сосудистые анастомозы накладывались «конец в конец» по принципу: один артериальный, один венозный анастомоз. В качестве реципиентных сосудов были использованы: лицевая артерия — 12 раз, лицевая вена — 9, позадичелюстная вена — 2, наружная яремная вена — 1 раз.

Результаты. В послеоперационном периоде дважды отмечено кровотечение, потребовавшее ревизии раны, и в одном случае повторного наложения венозного анастомоза. Тотальный некроз лоскута (в обоих случаях это был лучевой лоскут) отмечен 2 раза. Повторная пластика дефектов была выполнена с использованием пекторального кожно-мышечного лоскута с осевым кровоснабжением. Несколько нетипично некроз возник на 5-е и 14-е сутки после операции, в одном случае одномоментно с выраженным послеоперационным кровотечением. Остальные 10 (83%) лоскутов оказались полностью жизнеспособными, что позволило выполнить пластику обширных дефектов.

Заключение. Наш первый опыт подтверждает возможность использования бинокулярных луп для наложения сосудистых анастомозов при использовании свободных лоскутов. Дальнейшее улучшение результатов, по всей видимости, будет связано с улучшением оперативной техники, к чему мы и стремимся.

РЕЗЕКЦИЯ ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ

Светицкий П.В., Баужадзе М.В., Ганиев А.А.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт», Ростов-на-Дону, Россия

В Ростовской области с 1990 г. растет заболеваемость раком полости рта и глотки (6,5 — 7,2 на 100 000 нас.), что превышает заболеваемость раком гортани. Ежегодно оперируется до 70 — 100 больных раком орофарингеальной зоны (с учетом республик Северного Кавказа). До 80% больных поступают с местно-распространенным процессом. Это требует проведения расширенных операций, которые мы выполняем с элементами реконструкций, восстанавливающих функцию органов полости рта. При предлечении опухоли к слизистой альвеол нижней челюсти без её поражения оперативный подход мы осуществляли в основном интратротоковым или подчелюстным способом, что, естественно, ограничивало оперативное поле и снижало возможности реконструкции.

В отделение «Опухолей головы и шеи» РНИОИ разработан новый подход по радикальному удалению опухолевого процесса с пластикой дефекта местными тканями. В подчелюстной области проводится кожный разрез языкообразной формы с основанием в проекции подъязычной кости. Осуществляется лимфодиссекция. Дополнительно проводится вертикальный кожный разрез с рассечением нижней губы и осуществляется срединная мандибулотомия. Обе половины нижней челюсти разводятся в стороны с радикальным удалением опухоли. Основание кожного лоскута дезидермизируется в виде горизонтальной полоски, размеры которой соответствуют подчелюстному раневому туннелю. Этим лоскутом покрывается и фиксируется раневая поверхность языка и полости рта. Непрерывность нижней челюсти восстанавливается двумя титановыми пластинами. Большой деканулируется на 3-4 день. Носопищеводный зонд удаляется на 8-10 суток.

Данным способом прооперировано 7 больных раком языка и дна переднего отдела полости рта, получивших предоперационную лучевую терапию в СОД 40-45 Гр. У 3 больных имелся опухолевый процесс в объеме III ст. (T3,N0-1,M0), у 4 — IV ст. (T2-3,N2-3,M0). У 2 пациентов заживление наступило первичным натяжением, тогда как у 5 — вторичным. У больных с нагноением полное заживление наступило к концу первого месяца. В послеоперационном периоде была назначена химиотерапия. У всех 7 больных произошел остеосинтез. Восстановились подвижность языка, естественные глотание и речь. Длительность наблюдения без рецидива более 2-х лет. Таким

образом, применяемая методика обеспечивает радикализм операции с реабилитацией функций органов полости рта.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Трофимов Е.И., Саратовцев Д.М., Христенко А.И.

ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН,
отдел восстановительной хирургии и микрохирургии,
Москва, Россия

В отделе восстановительной хирургии и микрохирургии ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, выполнено 63 аутоотрансплантации комплексов тканей у 62 пациентов с различными дефектами области головы и шеи с онкологическими заболеваниями. Возраст пациентов варьировал от 15 до 65 лет.

Этиологическими факторами, явившимися причиной возникновения дефектов были: злокачественные новообразования (в том числе лучевые поражения) 39 (62,9%), доброкачественные новообразования 23 (37,1 %).

По локализации дефектов пациенты распределились следующим образом: на шее 2 (3,2%); на нижней зоне лица 21 (33,9%); на средней зоне лица 18 (29,0%); на верхней зоне лица 5 (8,1%); на волосистой части головы 16 (25,8%).

Для устранения дефектов использовали следующие аутоотрансплантаты: пахово-подвздошный лоскут — 17 (27,0%), торакодорсальный лоскут — 12 (19,0%), лучевой лоскут — 9 (14,3%), большой сальник — 8 (12,7%), лопаточный лоскут — 7 (11,0%), лоскут с тыла стопы — 3 (4,8%), малоберцовый лоскут 3 (4,8%), зубчатую мышцу — 2 (3,2%), прямую мышцу живота — 1 (1,6%), дельтовидную мышцу — 1 (1,6%).

При выборе аутоотрансплантата для устранения дефекта мы учитывали первоначальный размер дефекта (площадь и глубина дефекта), локализацию дефекта, характер дефекта (наличие инфицированности), состояние окружающих дефект тканей и реципиентных сосудов.

При обширных, глубоких, инфицированных дефектах использовали кожно-мышечные, мышечные лоскуты; при обширных дефектах — использовали большой сальник; при костных дефектах до 10 см. — использовали пахово-подвздошный лоскут; при костных дефектах более 10 см — использовали малоберцовый лоскут; при поверхностных дефектах — использовали кожно-фасциальные лоскуты.

Приживление аутоотрансплантатов получено в 54 наблюдениях (85,7%). В 9 (14,3%) наблюдениях удалили аутоотрансплантаты — 7 (11,1%) в результате сосудистого тромбоза и 2 (3,2%) в результате послеоперационного нагноения.

Таким образом, метод микрохирургической аутоотрансплантации тканей считаем оправданным и востребованным, а в ряде случаев единственным при устранении дефектов тканей головы и шеи у онкологических больных.

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА АРТЕРИЯХ ШЕИ В ОНКОЛОГИИ

Фокин А.А., Важенин А.В., Терёшин О.С., Яйцев С.В., Лукин А.А.

Челябинский окружной клинический онкологический диспансер
Уральская клиническая база Российского научного центра
рентгенрадиологии, ГОУ ДПО Уральская государственная
медицинская академия дополнительного образования,
Челябинск, Россия

Актуальность. Несмотря на множество анатомических зон, входящих в понятие «опухоли головы и шеи», общие принципы лечения этих новообразований сейчас определились. Современная «большая» хирургия не мыслима без вмешательств на сосудах. Реконструктивные вмешательства на артериях шеи являются слож-

ным разделом вследствие высокой прецизионности, технологичности и риска тяжелого специфического осложнения — нарушения кровообращения головного мозга (ГМ). В онкологии эти операции могут выполняться у лиц с опухолевой инвазией артерий, критическими атеросклеротическими изменениями и отдаленными стенозирующими последствиями лучевой терапии.

Материалы и методы. Результаты. Клиника обладает суммарным опытом 2483 операций на брахиоцефальных артериях, в том числе 146 операций (6%) были выполнены пациентам с опухолями. Мы располагаем опытом 132 вмешательств на сонных и 14 на подключичных артериях у лиц с онкологической патологией. Из них удаление опухоли с инвазией сосудов сопровождалось 95 вмешательствами на сонных (33) и 13 вмешательствами (реконструктивных 5) на подключичных артериях. Зафиксированы 3 периперационных инсульта (2,6%) нефатального характера. Умерли 7 человек (4,7%). Причины смерти не обусловлены ишемией ГМ или верхней конечности. В процессе комбинированного лечения рака 25 человек оперированы по поводу критических атеросклеротических изменений (6 одновременно с онкологической операцией) — 15 каротидных эндартерэктомий (КЭЭ), 8 протезирований внутренней сонной артерии (ВСА), 2 реконструкции наружной сонной артерии с шейной симпатэктомией (ШСЭ). Периперационных инсультов не было. Умер 1 пациент после одномоментной КЭЭ и лобэктомии по поводу рака легкого. Вследствие критической постлучевой артериальной патологии (ПЛАП) оперированы 10 человек — 11 операций. После лучевого лечения рака прошло в среднем 88,8 месяца. Средняя полученная суммарная очаговая доза составила 48,9 Гр. Операции: 5 КЭЭ, 2 резекции с низведением устья ВСА, 1 артериолиз ВСА, 1 ШСЭ, 1 баллонная ангиопластика подключичной артерии. Инсультов и смертей не было.

Выводы. Ишемия ГМ у лиц с онкологической патологией обусловлена атеросклерозом или ПЛАП. Рентгеноконтрастная ангиография не показана большинству онкологических больных с патологией артерий шеи. Основным методом диагностики служит ультразвуковое дуплексное сканирование, магнитнорезонансная томография, спиральная компьютерная томография. Гистологически верифицированный диагноз злокачественного новообразования исходно повышает вероятность резекции и пластики артерии.

ДЕФЕКТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ С ЭКЗАРТИКУЛЯЦИЕЙ: ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Ходорковский М.А., Коротких Н.Г., Петров Б.В.

Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко,
ГУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 1»,
Воронеж, Россия

Современный подход к лечению пациентов с дефектами нижней челюсти подразумевает восстановление ее монолитности, создание условий для последующего протезирования зубов и компенсацию эстетических нарушений. В случаях, когда пациентам выполняется резекция нижней челюсти с экзартикуляцией, перед хирургом возникает еще две задачи — удержание нижней челюсти в ортогнатическом прикусе и восстановление движений в височно-нижнечелюстном суставе.

Авторами оперировано 13 пациентов, которым резекция нижней челюсти с экзартикуляцией произведена по поводу злокачественных (5), доброкачественных (6) новообразований и травм (2). Дефекты были замещены васкуляризированным малоберцовым аутоотрансплантатом в комбинации с титановыми имплантатами. Использованы три варианта моделирования малоберцового аутоотрансплантата: Г-образный костный фрагмент с имплантатом суставного отростка, линейный костный фрагмент с угловой пластиной и имплантатом суставного отростка, Г-образный костный фрагмент с угловой пластиной и имплантатом суставного отростка. Приживление аутоотрансплантата получено во всех наблюдениях.

Изучены специфические осложнения: дислокация имплантата суставного отростка (3) и перелом конструкционной пластины (1).

Смещение реконструированной нижней челюсти, сопровождающееся вывихом имплантата суставного отростка, происходило на фоне неадекватной иммобилизации у больных с частичной или полной адентией. Лечение этого осложнения заключалось в открытой репозиции с межчелюстной внутрикостной фиксацией кортикальными титановыми винтами и проволокой.

Перелом угловой титановой пластины наблюдался у одного пациента через 5 лет после реконструкции. Произведена замена металлоконструкции на аналогичную.

Авторы считают оптимальным способом замещения дефектов нижней челюсти после ее резекции с экзартикуляцией микрохирургическую аутотрансплантацию васкуляризированного фрагмента подбородочной кости в комбинации с титановыми имплантатами. С целью профилактики дислокации имплантата суставного отростка у больных с частичной или полной адентией следует выполнять межчелюстную внутрикостную фиксацию кортикальными титановыми винтами.

ПЛАНИРОВАНИЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОНКОХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЗОНЫ.

Чиссов В.И., Панченко В.В., Решетов И.В., Седых С.А., Евсеев А.В., Поляков А.П., Петров А.Н., Филюшин М.М.

ФГУ Московский Научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, ИППИТ РАН, Москва, Россия

Цель: улучшение результатов реконструктивно-пластических операций в онкологии с помощью комплекса методов планирования.

Материалы и методы. В отделении микрохирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена в период с 2001 по 2009 гг. проведено лечение 93 пациентов со злокачественными новообразованиями и 25 больных с посттравматическими дефектами лицевого скелета, у которых для планирования различных этапов хирургического вмешательства использовано 171 стереолитографических моделей, а так же применены методы компьютерного послойного наложения изображения и КТ – виртуального планирования.

Задачи, решаемые с помощью индивидуальной стереолитографической модели можно разделить на три группы: планирование резекционного этапа у пациента со злокачественной опухолью, планирование реконструктивной операции для устранения ранее сформированного дефекта, оценка необходимости коррекции костного аутотрансплантата после реконструктивной операции и проведения повторных корригирующих операции.

Планирование резекционного этапа с использованием модели позволяет уточнить распространенность опухолевого процесса, заинтересованность смежных анатомических структур, лучше оценить и наглядно спланировать резекционный этап в плане радикальности и последующей реконструкции. С этой целью метод стереолитографии использован у 31 пациентов, данная технология успешно включает в себя дополнительное проведение КТ- виртуального планирования. При планировании реконструктивной операции для устранения ранее сформированного дефекта использовано 83 стереолитографических моделей. Для точности математического расчета параметров костных аутотрансплантатов в комплекс планирования включается метод компьютерного послойного наложения изображения. Для оценки необходимости коррекции сложносоставного аутотрансплантата после реконструктивной операции и проведения корригирующих операции использовано 57 стереолитографических модели.

Результаты. Применение лазерного стереолитографического моделирования в комплексе с методами компьютерного послойного наложения изображения и КТ- виртуального планирования при хирургическом лечении пациентов с местно-распространенными злокачественными опухолями позволило успешно завершить реконструктивные операции у 98% пациентов. Функционально реабилитированы 88% больных. Удовлетворены косметическим результатом 93%.

Выводы. Применение лазерных информационных технологий в онкохирургии позволяет существенно улучшить результаты

хирургического лечения за счет повышения качества выполнения реконструктивно-пластических операций и значительно расширяет возможности функциональной и социальной реабилитации онкологических больных.

ОДНОМОМЕНТНАЯ ФАРИНГОЗООФАГОПЛАСТИКА РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМИ ВИСЦЕРАЛЬНЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Чиссов В.И., Решетов И.В., Мамонтов А.С., Вашекмадзе Л.А., Домрачев С.А., Кравцов С.А., Ратушный М.В.

ФГУ Московский Научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, Москва, Россия

Современной проблемой фарингозозофагопластики являются некротические осложнения со стороны проксимального края искусственного пищевода. От ее решения существенно зависят непосредственные и отдаленные результаты реабилитации онкологических больных с опухолями фаринго-эзофагеальной зоны. Применение метода микрохирургической реваскуляризации при фарингозозофагопластике повышает жизнеспособность аутотрансплантата.

Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 1998 по 2008 г.г. накоплен опыт лечения 11 пациентов со злокачественными опухолями фаринго-эзофагеальной зоны. Возраст больных от 35 до 70 лет. Опухоли локализовались в ротоглотке – 1, гортаноглотке – 4, гортани – 4, верхней трети пищевода – 2. Распространенность опухоли в группе первичных больных соответствовала индексу T4 у 3, а T3 у 2 пациентов. У 6 больных были рецидивные опухоли после ранее перенесенного противоопухолевого лечения. У 7 больных выявлены метастазы в регионарные лимфатические узлы. Всем больным была выполнена циркулярная резекция глотки в сочетании с ларингэктомией и экстирпацией пищевода и одномоментной фарингозозофагопластикой реваскуляризированными висцеральными лоскутами. В качестве пластического материала были использованы аутотрансплантаты на сосудистой ножке: изоперистальтический желудочный стебель – 7, изоперистальтический толстокишечный лоскут – 2, антиперистальтический толстокишечный лоскут – 2. Во всех случаях была произведена дополнительная микрохирургическая реваскуляризация сосудов апикального края трансплантата с сосудами шеи.

Результаты. Течение послеоперационного периода осложнилось краевым некрозом лоскута у 1 больного, формированием слюнного свища у 4 больных. В послеоперационном периоде умерло 3 больных в результате кровотечения – 1, пневмонии – 1, синдрома Мендельсона – 1. Питание через рот было восстановлено у 9 больных. В течение года прожили 7 пациентов. В течение 9 лет жив 1 больной.

Выводы. применение микрососудистой техники при реконструктивных операциях на органах верхних отделов пищеварительного тракта и верхних дыхательных путях способствует улучшению функциональной и социальной реабилитации онкологических больных.

ПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Чиссов В.И., Кравцов С.А., Васильев В.Н.

ФГУ Московский Научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, Москва, Россия

Заболеваемость злокачественными опухолями различных локализаций с каждым годом возрастает. Подавляющая часть больных обращаются в специализированные учреждения уже на III – IV стадиях опухолевого процесса, когда самостоятельное радикальное

хирургическое лечение становится невозможным. В таких случаях, для попытки уменьшения распространенности злокачественного новообразования, на первом этапе лечения применяют лучевую или химиотерапию. Как показывают результаты различных исследований повреждающий ткани фактор наиболее неблагоприятен для оперативного лечения через 6 месяцев и далее после химиолучевого лечения с радикальными дозами излучения и наименее после лучевого воздействия в течении месяца после него. После проведенного ранее химио- или лучевого лечения — хирургическое лечение должно проводиться из расчета уже имеющихся нарушений тканевых процессов восстановления. При одинаковых объемах операций после предоперационного воздействия, зачастую, с целью профилактики послеоперационных осложнений приходится выполнять первичную пластику. Существует довольно большое количество пластических материалов в том числе и аутоотрансплантатов. Однако наличие противопоказаний для забора того или иного вида лоскута в индивидуальном случае заставляет искать варианты пластики.

С этой целью нами были проведены анатомические исследования на трупах, в ходе которых выявлена возможность забора и пересадки нового серозно-мышечного аутоотрансплантата из волокон прямой мышцы живота на нижних эпигастральных сосудах. После ответвления нижней эпигастральной артерии от подвздошной артерии, она входит во влагалище прямой мышцы живота и проходит через прямую мышцу живота по внутренней ее порции, отдавая коллатерали перпендикулярно на париетальную брюшину и через мышцу и апо-

невроз к коже. Обратный венозный ток происходит по той же схеме. Серозный компонент лоскута, представленный париетальной брюшиной, обладает активными регенерационными способностями, проявляющимися в активной фазе воспаления и фибрирования в ответ на воздействие. Особенно важными эти свойства оказываются там, где присутствует агрессивные среды препятствующие заживлению, такие как слюна или предыдущее химио- или лучевое воздействие. Мышечный компонент восполняет дефект мягких тканей.

Разработан новый вид аутоотрансплантата, который исследован и применен в клинической практике. Аутоотрансплантат был применен в клинической практике у двоих больных. В первом случае с целью укрытия резецированной нижней челюсти от агрессивного воздействия слюны и восполнения мягких тканей подбородочной области. Больной получил ЛТ СОД 70Гр на область операции в сроки более чем 1 год. Второй больной аутоотрансплантат был пересажен с целью дополнительного укрытия линии швов после закрытия эзофагостоми. Больной неоднократно проводилась ЛТ радиоактивным йодом и дистанционная лучевая терапия на область шеи СОД 40Гр в сроки более года от операции. У обоих больных послеоперационный период протек гладко. Донорская и реципиентная раны зажили первичным натяжением. Питание через рот начато на 12 и 14-ые сутки соответственно. Время наблюдения за больными более полугода. Больные полностью реабилитированы в социальной среде и функционально, прибавили в весе.

ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНАЯ ХИРУРГИЯ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕХОДНОКЛЕТОЧНОЙ ПАПИЛЛОМОЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Вдовина С.Н., Андреев В.Г., Буякова М.Е., Панкратов В.А.

ГУ МРНЦ РАМН,
Обнинск, Россия

Переходноклеточная папиллома встречается среди всех опухолей полости носа в 4% случаев. Характеризуется локальным агрессивным ростом. До 15% случаев ассоциирует с карциномой. При хирургическом удалении в 23-40% случаев возникает необходимость повторных хирургических вмешательств из-за рецидива. В связи с этим разработка новых подходов, повышающих эффективность лечения больных с данными новообразованиями, остается актуальной задачей.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 37 больных переходноклеточными опухолями полости носа и околоносовых пазух наблюдавшихся в МРНЦ РАМН. Пациенты были распределены на 2 группы. Больным первой группы (n=22) проводили комбинированное лечение методом предоперационного концентрированного облучения по 5 Гр два раза в неделю до СОД 20 Гр с последующим хирургическим вмешательством в день или на следующий после последней фракции облучения. Во второй группе (n=15) облучение проводили в режиме условно-динамического фракционирования до СОД 32 Гр, через две недели выполняли хирургическое лечение.

Результаты. При сроках наблюдения 5 лет в I группе больных безрецидивная выживаемость составила 95,4%, общая выживаемость – 100%. Во II группе пациентов живы без рецидива 83,3%, общая выживаемость – 91,7%. Всего при комбинированном лечении с предоперационным облучением из 37 человек живы без рецидива 93,9 %, что превышает данные литературы, особенно при хирургическом лечении.

Выводы. Наиболее эффективной методикой лечения больных с переходноклеточными папилломами полости носа и околоносовых пазух является комбинированное, включающее в себя предоперационное облучение укрупненными фракциями с последующим хирургическим лечением. Объем операции зависит от распространенности опухолевого процесса.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРЕКРОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Франк Г.А., Решетов И.В., Зайцева Н.В., Москва.

ФГУ Московский Научно-исследовательский институт
им. П.А. Герцена Росмедтехнологий,
Москва, Россия

Проблема лечения больных со злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух включает в себя совершенствова-

ние диагностики с целью выявления ранних стадий заболеваний, разработку эффективных методов лечения, включая до и послеоперационную лучевую, химиотерапию и хирургическое удаление патологического процесса в пределах здоровых тканей. Однако этот трудоемкий процесс не всегда приносит ожидаемых результатов, а частота местных рецидивов остается превышающей 35%. Постараться спрогнозировать результат до начала лечения и есть цель нашей работы.

В МНИОИ им П.А. Герцена за период с 2000 по 2007 гг. проведен набор группы пациентов в количестве 50 человек, находившихся на лечении в отделении микрохирургии по поводу эпителиальных, злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух. Из них I стадия заболевания диагностирована у 1, II стадия – у 4, III стадия – у 14 и IV стадия у 23 пациентов. 8 человек поступили с продолженным ростом заболевания после лечения в других медицинских учреждениях, без указания начальной стадии заболевания. 44 больным было проведено комбинированное лечение.

Учитывая то, что даже у пациентов с одинаковой гистологической структурой и дифференцировкой опухоли ответ на лечение был различен. Следовательно, остро встает вопрос о выявлении индивидуальных молекулярно-биологических факторов прогноза опухолей. На биопсийном материале проводилось изучение иммуногистохимических маркеров, отражающих биологическую агрессивность злокачественных, эпителиальных опухолей. Оценивались маркеры пролиферативной активности – Ki 67, эпидермальный фактор роста (EGFR), а также супрессор опухолевого роста – p53, контролирующий апоптоз, продвижение по клеточному циклу, стабильность генома, локомоторные реакции и дифференцировку клеток. Учитывая многочисленные данные о влиянии вирусного поражения на течение опухолевого процесса, нами предпринята попытка установления связи персистенции вирусов Эпштейн-Барр и папилломавирусов типов 6/11, 16/18 с агрессивностью эпителиальных опухолей полости носа и околоносовых пазух.

Экспрессия Ki 67 составила 78,8%, p53 – 63,6%, EGFR – 9 %, ВПЧ типа 6/ 11 выявлены в 36,4% случаев, типа 16/18 в 24,2%.

Таким образом, для постановки индивидуального диагноза, а, следовательно, выработки оптимального метода лечения, определения прогноза течения заболевания, мы считаем, необходима совокупность диагностических методов (УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ и др.), световой микроскопии и исследования молекулярно-биологических маркеров.

ПРОВЕДЕНИЕ ЗНУКЛЕАЦИИ У БОЛЬНЫХ С УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМОЙ – АНАЛИЗ АРХИВНОГО МАТЕРИАЛА

Гришина Е.Е., Давыдов Д.В., Стояхина А.С.

Московский городской офтальмоонкологический центр
при ОКБ ГУ НИИ ГБ РАМН,
Москва, Россия

По данным различных авторов, простую энуклеацию проводят 26 – 66,08% больным с увеальной меланомой (УМ) в тех случаях, когда органосохранное лечение невозможно либо если проведенное ранее лечение оказалось неэффективным.

Цель исследования – изучить частоту энуклеации в различных возрастных группах больных УМ с учетом ее локализации и гистотипа.

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторных карт 352 пациентов, перенесших энуклеацию по поводу УМ, с 1962 по 2008 гг. (40 энуклеаций было выполнено до 1990 г.), находящихся на диспансерном учете в Московском городском офтальмоонкологическом центре с 1990 года по настоящее время.

Всего были изучены карты у 121 мужчины и 231 женщины, средний возраст составил $58,39 \pm 1,35$ лет.

Статистическая обработка результатов проводилась в программе Microsoft Excel.

Результаты. Срок послеоперационного наблюдения за пациентами от 1 мес. до 42,92 г. и в среднем составил $7,19 \pm 0,91$ лет (оценка проводилась в январе 2009 г.). Нами было выявлено, что наибольшее количество (74,72%) энуклеаций приходится на профессионально трудоспособный возраст (41–70 лет).

По данным гистологического исследования у 67,89% выявленных интраокулярных меланом определена веретенноклеточная природа, среди которых 77,34% составили пациенты профессионально активного возраста.

В группе больных со смешанноклеточной и эпителиоидноклеточной меланомой отмечено увеличение распространенности УМ в более старших возрастных группах – от 51 до 80 лет (78,57% пациентов).

Некротическая форма меланомы была выявлена у 12 пациентов, причем часть из них была после ранее проведенной брахитерапии. Детальный анализ данной группы больных не проводился.

Опухоли, расположенные до экватора (включая экваториальные) и постэкваториальные, встречаются примерно с одинаковой частотой.

Иридоцилиарные опухоли составили 1/4 от всех презэкваториальных новообразований, а частота встречаемости юкстапапиллярных опухолей в группе постэкваториальных составила 22,41%.

Заключение. Простая энуклеация является серьезной физической и моральной травмой для больных УМ профессионально трудоспособного возраста. Таким образом, необходим поиск и совершенствование методики энуклеации с одномоментным формированием объемной опорно-двигательной культи, направленной на устранение косметического дефекта у больных с анофтальмом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ И КРЫЛОНЕБНОЙ ЯМОК

Гуляев Д.А., Чеботарев С.Я., Олюшин В.Е.,
Калакуцкий Н.В., Вавилов В.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет
им. акад. И.П. Павлова,
ФГУ Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова
Санкт-Петербург, Россия

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 16 больных с опухолями подвисочной и крылонебной ямок оперированных в отделении хирургии опухолей головного и спинного мозга РНХИ им проф. А.Л. Поленова, клинике хирургической стоматологии СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова и ЦМСЧ 122. Было 6 мужчин и 10 женщин. Гистологически верифицированы различные новообразования в виде раковых опухолей (4), неврино (6), метастазов рака (2), юношеских ангиофибром (2), рецидивной аденоидной (1), рецидивной цилиндромы (1). В наших наблюдениях мы применяли модификацию срединного трансфациального доступа с субцилиарной мобилизацией века и остеотомией скуловой дуги, варианты орбитозигоматических дотупов, модификацию трансмандибулярного циркумгlossального доступа. Во всех наблюдениях опухоли удалены тотально, в случае с раковыми новообразованиями – блоком. Объем интраоперационной кровопотери был минимален. В послеоперационном периоде отмечена массивная ликворрея в одном наблюдении на фоне хронического воспаления среднего уха, которая была купирована на фоне продленного люмбального дренажа. Послеоперационное течение гладкое. Деформаций средней зоны лица не выявлено. При попытках удаления новообразований из традиционных (верхних суб-

темпоральных) или нижних (через верхнечелюстную пазуху) доступов были отмечены значительные диффузные кровотечения, которые не позволили удалить новообразование тотально и крайне утяжелили ближайший послеоперационный период.

Таким образом, для радикального удаления новообразований основания черепа целесообразно использование широких комбинированных доступов. Оптимальная хирургическая технология уменьшает риски после и интраоперационных осложнений, повышает радикальность хирургического вмешательства и улучшает качество жизни пациентов. Выбор конкретной модификации доступа основывается на детальном изучении современных средств нейровизуализации и опыте оперирующей бригады.

МОНИТОРИНГ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ВЕК С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ЛАЗЕР-ИНДУЦИРОВАННОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ

Давыдов Д.В., Будзинская М.В., Овечкин Н.И.,
Осипов Е.А., Кузьмин С.Г., Ворожцов Г.Н.

ГУ НИИ ГБ РАМН, ГУП ГНЦ НИОПИК, ГУП МНКЦ,
Москва, Россия

В процессе лечения базально-клеточного рака кожи век могут возникнуть сложности, связанные с определением эффективной дозы фотосенсибилизатора и светового воздействия.

Цель. Оценить возможности метода лазер-индуцированной флуоресцентной спектроскопии (ЛИФС) в определении эффективности ФДТ БКР кожи век в процессе лечения.

Материалы и методы. ФДТ проводили с использованием препарата «Фотосенс» (производства ГУП ГНЦ НИОПИК) проведена у 26 пациентов с БКР кожи век, находившихся на стационарном лечении в НИИ Глазных болезней РАМН, в рамках II фазы клинических испытаний как открытое исследование. При этом у 10 пациентов была язвенная форма, у 16 пациентов – узловая форма БКР. Препарат вводился внутривенно капельно в дозе 0,2 мг/кг массы тела (8 пациентов) и 0,3 мг/кг массы тела (18 пациентов). Уровень накопления фотосенсибилизатора определяли с применением лазерного спектроскопического анализатора (LESA «Biospec» λ_{exc} 632,8 нм). Терапевтическое лазерное облучение (λ_{exc} 675 нм) производилось через 72 часа после введения препарата при достижении оптимального контрастирования опухоли относительно окружающих тканей. Коэффициент контрастности флуоресценции опухоли на момент начала лечения составлял от 2 до 4 ед. Доза лазерного излучения за один сеанс была 200 Дж/см² при плотности мощности 700–1200 мВт/см². У всех больных проводились повторные сеансы облучения с интервалом в 24 часа, количество сеансов от 3 до 5. Эффективность сеанса ФДТ оценивалась по снижению уровня фотосенсибилизатора в ткани опухоли непосредственно после лазерного облучения («фотобличинг»), а также клинически по наличию зоны ишемии вокруг опухоли и спектроскопически по снижению интенсивности флуоресценции в непосредственно окружающей опухоль коже. Оценка производилась через 24, 48, 72 часа после проведенного сеанса лазерного воздействия.

Результаты. У всех пациентов через 24 часа после проведенного сеанса ФДТ с указанными дозами препарата и светового воздействия клинически определялась зона ишемии кожи вокруг опухоли протяженностью 2–3 см. При этом по данным ЛИФС обнаружено достоверное увеличение контрастности флуоресценции БКР на 30–160% по сравнению с этим показателем до начала курса ФДТ. У всех пациентов это явление наблюдалось за счет снижения уровня накопления «Фотосенса» в окружающих опухоль тканях. Обнаружена прямая зависимость снижения накопления препарата в коже вокруг БКР с дозой вводимого препарата. При дозе 0,2 мг/кг массы тела увеличение контрастности флуоресценции БКР через 24 часа после первого сеанса ФДТ не превышало 40% от исходного значения, а при дозе 0,3 мг/кг составило 80–160%.

Выводы. Анализ зоны ишемии окружающих опухоль здоровых тканей, возникшей после сеанса ФДТ, может являться одним из способов определения оптимальных параметров лечения. Кроме клинической картины о силе тромбоза сосудов можно судить по снижению накопления фотосенсибилизатора в зоне ишемии и увеличению индекса контрастности флуоресценции БКР через 24 часа после сеанса облучения. Учитывая полученные данные у пациентов с БКР кожи век нецелесообразно использовать дозу Фотосенса ниже 0,3 мг/кг массы тела, так как при этом отмечается резкое (в 2-4 раза) снижение фотодинамического эффекта.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕПАРАТИВНОЙ ГРАНУЛЕМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТКИ С СУБЛЕЙКЕМИЧЕСКИМ МИЕЛОЗОМ

**Дымников А.Б., Соколова М.А.,
Макарова Е.В., Мазур Л.Г.**

*Московский государственный
медико-стоматологический университет,
Москва, Россия*

Лечение пациентов с сопутствующей патологией является важной проблемой в практической стоматологии. Пациенты с заболеваниями крови составляют отдельную группу больных и требуют особого подхода и повышенного внимания, особенно при проведении хирургического вмешательства. Наличие общесоматического заболевания, препараты, используемые при его лечении влияют на течение раневого процесса, характер репаративных процессов в организме, что необходимо учитывать при планировании хирургического лечения и в послеоперационный период.

Под нашим наблюдением находилась пациентка С., 68 лет, обратившаяся в клинику МГМСУ с жалобами на наличие образования в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Пациентка страдает сублейкемическим миелозом с 1980 г., находится под наблюдением врача-гематолога. Пациентка была обследована клинически и рентгенологически, лабораторно, по результатам цитологического исследования образования — остеокластома. По результатам обследования, было принято решение проведения оперативного вмешательства (удаления образования) на базе Гематологического научного центра РАМН, после предварительной предоперационной подготовки и стабилизации показателей крови. Было произведено удаление образования, в пределах здоровых тканей. В ходе операции образовалось сообщение с левой верхнечелюстной пазухой, наложено сообщение с нижним носовым ходом, тампонада пазухи йодоформным тампоном, пластика ороантрального сообщения щеочно-десневым лоскутом. В послеоперационном периоде — антибактериальная и противовоспалительная терапия. Отмечались такие осложнения как ТЭЛА (5-е сутки после операции); проводилась терапия фраксипарином, СЗП, эритроцитарной массой, кровотечение из послеоперационной области, которое купировалось самостоятельно.

При патогистологическом исследовании образования с учетом клинической картины поставлен диагноз — центральная репаративная гранулема.

Клинический опыт показывает важность слаженной работы хирурга-стоматолога и гематолога как на этапе диагностики, так и на всех этапах лечения и реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями крови, необходимость формирования тактики и алгоритмов обследования и лечения таких больных.

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Енгигбарян М.А.

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт»,
Ростов-на-Дону, Россия*

В последние годы отмечается увеличение метастазирования злокачественных опухолей в глаз и орбиту. Вместе с тем истинная частота метастазирования остается неизвестной, так как, метастатическое поражение органа зрения может протекать бессимптомно и диагностироваться только в результате целенаправленного обследования.

По данным Ростовского научно-исследовательского онкологического института, за период с 2000 по 2009 г., у 48 человек было выявлено метастатическое поражение органа зрения. Наибольшую группу составили пациенты раком молочной железы — 30 (62,5 %) человек, в 11 (22,9 %) случаях первичный очаг локализовался в легком, в 2 (4,2%) в мочевом пузыре, в 3 (6,2%) в желудке, в 1 (2,1%) случае — в полости носа, и у одной (2,1%) пациентки источником метастазирования в противоположную орбиту послужила внутриглазная меланома. Одновременно с первичной опухолью метастатическое поражение диагностировано у 3 (6,2%) человек. У подавляющего числа больных метастазы выявлялись в процессе лечения — у 41 (85,4) пациента. После завершения специального противоопухолевого лечения метастатическое поражение выявлено у 4 (8,4%) человек.

Нами применялся дифференцированный подход к лечению данной категории больных. Тактика лечения определялась локализацией метастатической опухоли, количеством опухолевых очагов, наличием вторичных изменений в глазном яблоке (отслойка сетчатки, глаукома, гемофтальм и др.), наличием метастазов в других органах, излеченностью первичного очага. Всем пациентам были проведены курсы полихимиотерапии. В 4 (8,4%) случаях проведен курс дистанционной гамма-терапии, в 2 (4,2%) случаях — удаление метастатической опухоли, 3 (6,2%) пациентам выполнена энуклеация в связи с развитием вторичной глаукомы с болевым синдромом.

Таким образом, своевременная коррекция специального противоопухолевого лечения позволила в 93, 8% случаев избежать полной слепоты и потери глаза у пациентов с метастатическим поражением органа зрения.

ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ

Залуцкий И.В., Овчинников Д.В.

*ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова,
Минск, Беларусь*

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности лечения, улучшение качества жизни больных местно-распространенными и рецидивными злокачественными опухолями покровных тканей головы за счет разработки и применения метода лечения, состоящего из хирургического этапа, включающего рациональный способ кожной пластики, дополненного локальной послеоперационной лучевой терапией.

На основании изучения 107 больных показано, что использование оптимальных методик пластических реконструкций при лечении больных местно-распространенными и рецидивными злокачественными опухолями с поражением покровных тканей головы позволяет добиться хороших и удовлетворительных непосредственных результатов в 90,7% случаев. Неудовлетворительные результаты лечения, вследствие развития гнойно-некротических осложнений достоверно чаще зарегистрированы у больных с ло-

кализацией опухоли в нижней (33,3%) и средней (7,9%) зонах лица после проведенной ранее лучевой терапии в дозах, превышающих толерантные для кожи и мягких тканей. У 43% больных единственным методом восстановления покровных тканей головы является пластика ревааскуляризованными свободными тканевыми комплексами, так как другие методы пластики неэффективны или невозможны. Проведение послеоперационной лучевой терапии опухолевого ложа (брахитерапия на аппарате microSELECTRON-HDR и электронотерапия на линейном ускорителе электронов) у больных местно-распространенными и рецидивными злокачественными опухолями с поражением покровных тканей головы при невозможности радикального удаления опухоли позволяет достигнуть пятилетней выживаемости в $58,4 \pm 8,0\%$ случаев и средней продолжительности жизни больных $3,8 \pm 0,2$ года, что сопоставимо с аналогичными показателями у радикально оперированных больных — $62,5 \pm 9,3\%$ и $3,8 \pm 0,3$ года соответственно. Суммарные очаговые дозы послеоперационной лучевой терапии более 55 Гр позволяют достоверно увеличить среднюю продолжительность жизни нерадикально оперированных больных на 8 месяцев ($p < 0,05$) по сравнению с больными, получившими меньшие дозы послеоперационной лучевой терапии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ЭНДОВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ПОСОБИЯ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КРАНИООРБИТОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Решетов И.В., Давыдов Д.В., Комаров А.В.

*Московский городской офтальмоонкологический центр
при ОКБ ГУ НИИ ГБ РАМН,
Москва, Россия*

Цель работы. Разработка оптимальных методик малоинвазивной диагностики и лечения опухолей краниоорбитофациальной локализации.

Материал и методы. Вмешательства с использованием эндоскопии применялись у 76 пациентов (39 мужчин, 37 женщин) с установленным диагнозом новообразования краниоорбитофациальной локализации. По первичной распространенности все злокачественные новообразования на момент обращения имели стадию T3-4. По морфологической структуре среди удаленных новообразований преобладал плоскоклеточный рак. На диагностическом этапе проводили риноскопию и/или гаймороскопию в гелевой среде с целью взятия биопсийного материала и определения топографии опухоли со стороны общего носового хода и верхнечелюстной пазухи. Использование осмотра структур синуса в капле гидрогеля позволило улучшить визуализацию за счет создания перед оптическим наконечником иммерсионной среды. Также визуализация улучшалась за счет создания дополнительного объема перед наконечником оптики в случае наличия в пазухе объемного образования и/или большого количества патологической биологической жидкости, не позволяющих визуализировать структуры орбиты (диссекция сред без нарушения их структуры). В рамках комбинированного или комплексного лечения всем пациентам проводили эндовидеоассистированное хирургическое вмешательство в объеме орбитофациальной или краниоорбитофациальной резекции. Во всех случаях при использовании эндовидеоассистированного подхода применяли принцип визуализации в раневом канале на капле гидрогеля.

Результаты. У всех больных на диагностическом этапе методика эндоскопического забора биопсийного материала позволила достоверно верифицировать онкологический процесс. В результате эндовидеоассистированных вмешательств достигнут эффект органосохранения (по отношению к главному яблоку) в 65% операций, из них в 55% удалось сохранить видящий глаз, а в 10% денервированное глазное яблоко как орган.

Выводы. Разработанный способ модифицированной эндоско-

пии позволяет достоверно верифицировать опухоль на диагностическом этапе, дает возможность под визуальным контролем определять топографию новообразования и позволяет дополнительно верифицировать опухоль в ходе операции с достижением органосохранных результатов лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПРИ БАЗАЛИОМЕ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА

*Никитин А.А., Радванская С.Н., Спиридонова Н.З.,
Ильин А.А., Коллеров М.Ю.*

*МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского,
отделение челюстно-лицевой хирургии,
Москва, Россия*

Устранение новообразований концевого отдела носа имеет ряд хирургических и профилактических особенностей. Наряду с радикальным устранением опухоли необходимо добиваться оптимального косметического результата, улучшающего качество дальнейшей жизни пациента. Это достигается полноценным восстановлением кожного покрова, выстилки носового хода, опорных хрящевых структур носа, его дыхательной функции.

За период с 1996 по 2008 годы проведено обследование и лечение 93 больных с базалиомой концевого отдела носа. Образование преимущественно локализовалось в области крыла носа, колумеллы, кожной части перегородки носа, преддверия входа в полость носового хода. В зависимости от локализации и размеров образование удалялось хирургически, либо криохирургически. Криодеструкцию проводили при небольших размерах образования, при локализации процесса в области колумеллы, преддверия входа в полость носа.

После радикального удаления образования сразу, либо в отдаленном послеоперационном периоде, восстанавливали образовавшийся дефект местными тканями, лоскутами на сосудистой ножке с носогубной складки, щеки, лба. При сквозных дефектах проводилось восстановление внутренней выстилки носового хода свободным кожным или слизистым лоскутом, а также лоскутом на питающей ножке с перегородки носа.

В послеоперационном периоде для поддержания формы носового хода и предотвращения рубцовой деформации и стеноза носового хода применялось специально разработанное в клинике устройство из металла никелида титана, обладающее свойством памяти формы. В охлажденном состоянии оно деформируется, уменьшается и легко вводится в носовой ход. При нагреве до температуры тела человека принимает форму носового хода и оказывает на ткани давление, не препятствующее капиллярному кровотоку. Устройство не травмирует окружающие ткани, удобное в эксплуатации, не требует коррекции объема.

Применение устройства с памятью формы в послеоперационном периоде позволяет снизить количество послеоперационных деформаций, улучшает косметический и функциональный эффекты операции.

УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОЖИ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ВЕК ЛОСКУТАМИ ИЗ МЕСТНЫХ ТКАНЕЙ

Овчинников Д.В.

*ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова,
Минск, Беларусь*

Тема закрытия ран после ограниченных иссечений кожи по умолчанию считается исчерпанной, что действительно является вполне обоснованным для туловища и проксимальных отделов конечностей. В то же время устранение даже небольших дефектов кожи лица пос-

ле удаления опухолей требует обязательного использования приемов местной пластики.

Проанализировано 11 случаев применения местной пластики у больных опухолями кожи периорбитальной области и век, после удаления пигментного невуса — 1, базалиомы — 5, плоскоклеточного рака — 2, меланомы — 3. Размеры дефектов кожи составляли от 1,0 до 3,5 см в диаметре. В двух случаях изъяны были результатом блокового полнослойного иссечения век, что вызывало необходимость восстановления двух эпителиальных выстилок. В качестве пластического материала использовались островковый кожный лоскут на питающей ножке из подкожной жировой клетчатки — 4 (V-Y пластика), кожный лоскут из верхнего века — 3, скользящий кожный лоскут со щеки — 2, кожный лоскут со лба — 3, свободный расщепленный кожный трансплантат — 1, свободный кожно-хрящевой трансплантат из завитка ушной раковины — 1.

Результат оценивался по эстетическому соответствию тканей лоскута окружающей коже и смыканию век, а также потребности в последующих этапах коррекции.

Современная концепция реконструктивных вмешательств при лечении больных опухолями головы и шеи заключается в нескольких ключевых положениях: одноэтапность и одномоментность с онкологическим вмешательством плюс минимальная хирургическая травма. Перечисленные способы устранения дефектов кожи периорбитальной области целиком отвечают заявленным принципам. Кроме того, удается достигнуть хороших косметических и функциональных результатов.

БЛОК РЕЗЕКЦИЯ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

*Олюшин В.Е., Гуляев Д.А., Чеботарев С.Я.,
Калакуцкий В.Н., Вавилов В.Н.*

*Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт
им. проф. А.П. Поленова, Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия*

Основой проведения хирургического лечения в случае злокачественной опухоли основания черепа является применение общеонологических принципов, что требует нетривиальных решений от оперирующих хирургов и высокого уровня подготовки смежных специалистов, что далеко не всегда возможно в рамках отдельно взятого медицинского учреждения.

В настоящей работе представлен наш опыт лечения больных злокачественными новообразованиями пирамиды височной кости. Оперировано 13 больных. 6 мужчин и 7 женщины. Возраст больных от 24 до 67 лет. Гистологически верифицированы базально клеточный рак (3 наблюдения), гигантская параганглиома (5 наблюдения), анапластическая менингиома (1 наблюдение). Всем больным проведена МРТ, МРТ АГ, КТ, спиральная КТ, селективная ангиография систем наружной и внутренней сонной артерий. 1 больной проведена суперселективная эмболизация приводящих сосудов. Всем больным проведена одноэтапная операция 2 бригадами хирургов — блок-резекция пирамиды височной кости с пластикой дефекта перемещенным торакодорзальным лоскутом. Двум больным произведена пластика внутренней сонной артерии аутовенозным трансплантатом, трем больным проведена ориннервация лицевого нерва нисходящей ветвью подъязычного. В дооперационном периоде проводилась гипертоническая гемодилюция. Средняя кровопотеря в ходе вмешательства составила 2л и восполнялась донорской кровью и плазмозаменителями. Погибли две больные. В других наблюдениях в отдаленном периоде отмечается отсутствие рецидива новообразования и удовлетворительный косметический результат.

Таким образом, обширные блок-резекции пирамиды височной кости могут использоваться как операция выбора при злокачественных распространенных рецидивирующих опухолях основания черепа.

МНОГОКОМПОНЕНТНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ «БОЛЬШИХ» РАЗМЕРОВ

(пилотное исследование)

*Панова И.Е., Кардава Т.Р., Пилат А.В.,
Важенина Д.А., Гюнтнер Е.И., Семенова Л.Е.*

*Челябинский областной клинический онкологический диспансер,
клиническая база ФГУ РНЦРР Росздрава,
Проблемная научно-исследовательская лаборатория «Радиационная
онкология и ангиология» ЮУНЦ РАМН,
Челябинск, Россия*

Цель исследования: оценка эффективности многокомпонентного органосохранного лечения «больших» меланом хориоидеи (МХ) после комбинированного воздействия на опухоль.

Материалы и методы. Изучено 34 пациента с элевацией МХ $8,1 \pm 0,9$ мм (T2aN0M0), получивших многокомпонентное органосохранное лечение: транспиллярная термотерапия (офтальмокоагулятор АЛОД АЛКОМ, Санкт-Петербург), с предварительным введением цисплатина 10мг/м². Через 24-72 часа после лечения, выполнялась брахитерапия (офтальмоаппликаторы Ru/Rh 106, ФЭИ ГНЦ РФ г. Обнинск); СОД $137,7 \pm 7,3$ Гр.

Оценка эффективности лечения проводилась по стандартам ВОЗ (2001 г.).

Результаты. После лечения лучевые реакции (ЛР) III степени имели место у 64,7% — 22 пациентов, ЛР II степени — у 9 больных (26,5%), ЛР I степени — у 3 (8,8%) пациентов. Через 12 месяцев после лечения полная резорбция опухоли наблюдалась у 75% пациентов, стабилизация процесса и частичный эффект — у 12,5% больных, соответственно.

Выводы. Многокомпонентное органосохранное лечение при «больших» меланом хориоидеи высокоэффективно в плане локального контроля и требует продолжения исследований.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

*Рудык А.Н., Зинченко С.В., Хасанов Р.Ш.,
Хамидуллин Р.Г., Чернышев В.А.*

*Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ,
Казань, Россия*

В лечении больных с метастазами плоскоклеточного рака в лимфоузлы шеи без первичного очага отсутствуют единые подходы к терапевтической тактике. Данная группа пациентов относится к прогностически благоприятной категории. По данным Lu H. et al. (2008 г.), двухлетняя выживаемость составила 74,2%, а пятилетняя — 55% (Mistry R.C. et al. 2008 г.). при превентивном облучении зон — потенциальных источников первичной опухоли. Проведено сравнение выживаемости пациентов при превентивном облучением орофарингеальной области и без такового (в нашем исследовании).

Материалы и методы. Анализированы истории болезни и амбулаторные карты 29 пациентов, лечившихся в РКОД МЗ РТ с 1996 по 2008 гг. По характеру лечения пациенты распределены на 3 группы. В группе 1 (15 пациентов) проведена дистанционная гамма-терапия на область лимфатических узлов шеи (СПД 36-40 Гр). В группе 2 (10 пациентов) — проведена дистанционная гамма-терапия по предоперационной программе с последующей шейной лимфаденэктомией (1-5 уровни). В группу 3 включены 4 пациента, которым проведена неоадьювантная платиносодержащая полихимиотерапия (2 курса) и шейная лимфодиссекция (1-5 уровни).

Результаты. В группе 1 двух- и пятилетняя выживаемость составила 39,6 и 15,9%, средняя продолжительность жизни $27,8 \pm 7,7$ мес. В группе 2 данные показатели составили 28,4%, 14% и $26,6 \pm 7,9$ мес. соответственно. В группе 3 пятилетний рубеж пережил 1 из 4 пациентов, что составило 42,7%, при средней продолжительности жизни $46,5 \pm 13,4$ мес.

Выводы. Лучевую терапию, только лишь путей лимфатического оттока шеи, нужно рассматривать как не достаточно эффективную и не рациональную, а результаты лечения по подобным схемам низкие в т.ч. при проведении хирургического лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ТЕРМИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Светицкий А.П.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»,
Ростов-на-Дону, Россия

Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух в структуре новообразований лор-органов составляют 10 – 20% и 0,2 – 3% к числу злокачественных опухолей всех локализаций. До 80 – 95% этих больных поступают на специализированное лечение при III – IV ст. заболевания. Высокий процент рецидивирования после операций и облучения (30-60%) явился для нас основанием к выработке тактики лечения больных данной категории. Основной

причиной рецидивирования является нерадикальность проведенной операции из-за распространенности опухолевого процесса на жизненноважные структуры. В связи с этим, нами при сомнениях в абластике, операционное поле обрабатывалось сочетанным термическим воздействием.

Данная методика была применена при лечении 24 больных с распространенным рецидивным процессом. Всем пациентам провели реоперации с удалением рецидива. Ложе опухоли подвергли криодеструкции с предварительной обработкой локальной пневмогипертермией при температуре $+60^{\circ}\text{C}$. Гипертермия использовалась как потенцирующий фактор, усиливающий девитализирующий эффект криогенного воздействия.

В результате проведенного лечения у всех пациентов был достигнут полный непосредственный клинический эффект. К концу третьего года безрецидивная выживаемость наблюдалась у 6 (25,0%) больных, а общая – 16 (66,6%). К концу пятого года имели место повторные рецидивы, при этом общая выживаемость составила 7 (29,1%) пациентов. Для сравнения, у 23 аналогичных больных с рецидивным процессом, вновь прооперированных, но не подвергнутых воздействию термических факторов, к концу третьего года наблюдения во всех случаях возникли повторные рецидивы, а общая выживаемость наблюдалась у 9 (39,1%) пациентов, тогда как пять лет не прожил ни один больной.

Таким образом, интраоперационное сочетанное термическое воздействие способствует улучшению непосредственного лечебного эффекта, снижает частоту рецидивов и увеличивает срок выживаемости больных.

ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭКСТРАТИРЕОИДНОМ РАКЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ГОРТАНИ И ПИЩЕВОДА

Барышев А.Г., Гащенко А.Д.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»
Департамента здравоохранения Краснодарского края,
Краснодар, Россия

По литературным данным, экстратиреоидная распространенность опухолей щитовидной железы достигает 15-17%. Высокий процент наблюдаемой 6-тилетней выживаемости в Краснодарском крае при высокодифференцированных формах рака диктует применять все возможные методы лечения, в том числе и радикальные комбинированные хирургические вмешательства.

Цель. Проанализировать выполненные в условиях ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» комбинированные операции больным с распространенным на гортань и пищевод раком щитовидной железы.

Материалы и методы. В ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» в отделении опухолей головы и шеи в течение 2003-2007 гг. пролечено 14 пациенток, которым выполнено комбинированное хирургическое вмешательство по поводу экстратиреоидного распространения рака щитовидной железы с поражением гортани и пищевода.

Результаты. С целью уточнения степени распространенности опухолевого процесса мы выполняли данным больным фиброларингоскопию, фиброзофагоскопию и компьютерную томографию. Оперативный доступ осуществляли фортунообразным разрезом, что позволяло выйти к пораженным органам одномоментно. После экстирпации гортани формировалась стома и выполнялась частичная или циркулярная резекция шейного отдела пищевода с формированием эзофагостомы. Через 9 месяцев мы выполняли реконструктивно-пластическую операцию у 12-ти пациенток по восстановлению проходимости пищевода.

Выводы. Распространенный рак щитовидной железы (на соседние органы) прогностически неблагоприятен. Однако радикализм проведенного комбинированного хирургического вмешательства обеспечивает высокий процент наблюдаемой выживаемости больных с одновременным вовлечением в опухолевый процесс щитовидной железы, гортани и пищевода: из 14 прооперированных пациенток в настоящее время живы 10 пациенток (2 умерли от осложнений, связанных с оперативным вмешательством, еще 2 — от сопутствующих заболеваний).

ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Решетов И.В.,
Голубцов А.К., Савостикова М.В.

ФГУ Московский Научно-исследовательский институт
им. П.А. Герцена Росмедтехнологий,
Москва, Россия

Иммуноцитохимическое исследование при раке щитовидной железы помогает в дифференциальной диагностике различных гистологических форм рака, а в некоторых случаях позволяет установить характер патологического процесса в щитовидной железе.

Цель нашего исследования — оценить возможности иммуноцитохимического исследования в цитологической диагностике рака щитовидной железы.

Материалом исследования послужили дооперационные тонкоигольные биоптаты 124 больных, прооперированных в МНИОИ им.П.А. Герцена по поводу различных заболеваний щитовидной железы. Выполнено 367 иммуноцитохимических исследований.

Медуллярный рак диагностирован цитологически и подтвержден иммуноцитохимически у 23 больных. При медуллярном раке щитовидной железы наблюдалась положительная экспрессия кальцитонина, хромогранина А и синаптофизина и отсутствовала экспрессия тиреоглобулина. В четырех наблюдениях дифференциальный диагноз проводился между мелкоклеточным вариантом медуллярного рака и лимфомой. В двух наблюдениях выраженная экспрессия CD45, CD30, CD20 и отрицательная CD3, CD15, кальцитонина и тиреоглобулина позволили диагностировать В-клеточную крупноклеточную лимфому. В двух наблюдениях при сходной цитологической картине опухолевые клетки экспрессировали кальцитонин и не экспрессировали тиреоглобулин и лимфоидные маркеры, что позволило установить диагноз мелкоклеточного варианта медуллярного рака. Интересны также два наблюдения, где экспрессия кальцитонина клетками опухоли позволила установить фолликулярный и онкоцитарный варианты медуллярного рака.

Для наиболее распространенного папиллярного рака ЩЖ характерна экспрессия тиреоглобулина и TTF-1, цитокератинов, преимущественно высокомолекулярных, особенно ЦК-19. Козэкспрессия HBMЕ-1, ЦК-19 и CD44v6 часто подтверждает злокачественный характер папиллярных эпителиальных образований щитовидной железы. Частота обнаружения их в ПР, по данным нашего исследования, соответственно 78, 98 и 80%. Нами иммуноцитохимически подтвержден диагноз папиллярного рака в 38 наблюдениях, причем в двух случаях диагностирован один из самых неблагоприятных по клиническому течению вариант папиллярного рака из высоких клеток.

В двух наблюдениях установлен диагноз фолликулярного рака. Опухолевые клетки экспрессировали тиреоглобулин и TTF-1, экспрессия кальцитонина отсутствовала. Для ФР характерна экспрессия низкомолекулярных цитокератинов, HBMЕ-1, галектина —3, Bcl-2, p27.

Только проведение иммуноцитохимии с коэкспрессией тиреоглобулина и кальцитонина позволило диагностировать у 3 больных диморфный вариант медуллярно-фолликулярного рака.

Недифференцированный рак ЩЖ был в 8 исследованиях. Клетки опухоли не экспрессировали ни кальцитонин, ни тиреоглобулин. В анаплазированном раке резко положителен Trp53, редко TTF-1, цитокератины экспрессируются в 80%, ЭМА — в 30-50%, РЭА — менее 10%.

У четверых больных благодаря иммуноцитохимическому исследованию подтвержден метастатический характер поражения щитовидной железы. В двух наблюдениях диагностированы метастазы рака молочной железы: клетки опухоли не экспрессировали ни кальцитонин, ни тиреоглобулин и в то же время наблюдалась экс-

прессия эстрогенов, прогестерона. В одном наблюдении установлен метастаз рака кишки: клетки опухоли не экспрессировали кальцитонин, тиреоглобулин, ЦК7, но наблюдалась экспрессия РЭА, ЦК20, Cdx2. В одном наблюдении диагностирован метастаз меланомы: отмечается положительная экспрессия HMB-45 (меланосомный антиген), и отсутствие экспрессии кальцитонина и тиреоглобулина.

Проведение цитогистологических сопоставлений показало, что иммуноцитохимический метод позволяет в 95% случаев установить гистологическую форму рака щитовидной железы.

АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕННЫХ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕВОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ

Гашенко А.Д.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»
Департамента здравоохранения Краснодарского края,
Краснодар, Россия

Заболеваемость раком щитовидной железы среди женщин Краснодарского края растет. В структуре онкозаболеваемости женского населения данная опухоль входит в первую пятерку локализаций, составляя 5,2%. Проблема повторных операций при раке щитовидной железы является одной из актуальных в связи с нерадикальностью выполненных оперативных вмешательств в учреждениях неонкологического профиля и только в небольшом проценте случаев с истинным прогрессом заболевания.

Цель. Проанализировать причину выполнения повторных операций при раке щитовидной железы.

Материалы и методы. Проведен анализ всех проведенных оперативных вмешательств при раке щитовидной железы в отделении опухолей головы и шеи ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» в 2002-2008 гг.

Результаты. За последние 7 лет в отделении опухолей головы и шеи ГУЗ ККОД выполнено 369 повторных операций по поводу рака щитовидной железы. Все больные были женщины, 88,1% из них на момент первой операции были в трудоспособном возрасте до 55 лет. Нерадикальность первого хирургического вмешательства, проведенного в учреждениях неонкологического профиля, потребовала выполнения второй операции в 90,5% (у 334 женщин) случаев (первая группа). Повторные операции, обусловленные нерадикальностью выполненной первой операции, проводились в сроки от 1,5 месяцев до 5-ти лет после первого хирургического вмешательства. Только в 9,5% от всех повторных операций необходимость их выполнения возникла в случае истинных рецидивов спустя 3 и более лет после первой операции (вторая группа пациенток).

В первой группе объемом первой операции являлись: резекция доли — 78,7%, гемитиреоидэктомия — 21,3%. Объемом второй операции являлись: тиреоидэктомия — 94,3%, операции на лимфоколлекторах — 5,7%. Во всех случаях повторного гистологического исследования результатом был рак щитовидной железы. У 312 женщин первой группы (93,4%) распространенность процесса на момент первой операции была $T_{1-2}N_0M_0$.

Во второй группе объемом первого хирургического вмешательства были: гемитиреоидэктомия — в 82,8% (29 пациенток), субтотальная резекция щитовидной железы — в 8,6% и тиреоидэктомия в 8,6% случаев. Во всех случаях после повторной операции (тиреоидэктомии и фициально-фулярной лимфодиссекции) диагностирован гистотип опухоли, наблюдаемый после первой операции.

Выводы. Таким образом, необходимость выполнения повторных операций при раке щитовидной железы чаще всего связана с недостаточно квалифицированно проведенной первой операцией, ошибками в диагностике распространенности рака щитовидной железы, недостаточным уровнем цитологической диагностики или, вообще, отсутствием таковой.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СРЕДИННОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО И РЕЦИДИВНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гинзбург Г.А., Гинзбург А.Г.

ГУЗ Свердловский областной онкологический диспансер,
Екатеринбург, Россия

Одним из наиболее тяжелых осложнений тиреоидэктомии является срединный стеноз гортани, связанный с повреждением возвратных нервов и, обычно, приводящий к необходимости наложения трахеостомы и дальнейшему канюленосительству.

Материал и методы. Для хирургической реабилитации этой группы больных мы использовали экстраларингеальную операцию, предложенную Ярославцевым Ю.И. (1973) под названием экстраларингеальная аритеноидопексия. За период с 1980 по 2008 гг. выполнено 38 подобных операций. Мы выполнили экстраларингеальную коррекцию практически всем нуждавшимся в ней больным Свердловской, Курганской, Тюменской и Челябинской областей.

31 больного удалось деканюлировать на 15-25 сутки после операции. 3-е больных деканюлированы после повторной операции на другой стороне, проведенной через 2-4 месяца после первой.

У 4х больных мы применили данную методику в ходе операции на первичном очаге при местнораспространенных опухолях при уже имеющемся параличе гортани с одной стороны и необходимости пересечения возвратного нерва с другой.

3-м больным в ходе операции наложена трахеостома. На 3-5 день после операции больные деканюлированы. У одного больного удалось обойтись без наложения трахеостомы.

Выводы. Мы считаем экстраларингеальную аритеноидопексию достаточно эффективной и надеемся, что она займет достойное место в числе реабилитационных операций при имеющемся срединном стенозе, а также для предупреждения срединного стеноза в ходе расширенных операций на щитовидной железе.

РАСШИРЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Голубцов А.К., Решетов И.В., Севрюков Ф.Е.

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена,
Москва, Россия

Цель — улучшение результатов лечения больных местно-распространенным и метастатическим раком щитовидной железы с использованием современных методов морфологической диагностики, комплекса прогностических факторов и современных хирургических технологий.

Методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена проводится обследование и лечение больных с распространенными регионарными и отдаленными метастазами высокодифференцированного рака щитовидной железы. В период с 2005 по 2009 гг. было проведено лечение больных с метастазами в л/узлы средостения, печень, прямые мышцы живота, мышцы длинных разгибателей спины, мягкие ткани ягодичной области, мягкие ткани бедра, позвоночник, ребра, глотку и пищевод. Учитывая локализацию, и распространенность опухолевого процесса, был использован следующий клиничко-диагностический комплекс, включающий в себя: ультразвуковое исследование с трехмерной реконструкцией, компьютерная томография с трехмерной реконструкцией, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, остеосцинтигра-

фия, тонкоигольная и толстоигольная трепанобиопсия метастазов, помимо стандартного цитологического и гистологического исследования проводилось иммуноцитохимическое и иммуногистохимическое исследование. После определения распространенности опухолевого процесса пациентам были выполнены расширенные хирургические вмешательства в зависимости от локализации опухолевого процесса. После получения данных планового морфологического исследования больные были направлены на лечение радиоактивным йодом, либо проводилась лечебная гормонотерапия.

Результаты. Радикально прооперированы 9 пациентов, у 4 больных после диагностического введения радиоактивного йода данных за прогрессирование процесса не получено, период наблюдения составил 5 лет.

Выводы. Развитие хирургической техники и инструментальной базы позволяет выполнять расширенные хирургические вмешательства при распространенных регионарных и отдаленных метастазах рака щитовидной железы, даже при неэффективности лучевой терапии радиоактивным йодом, сохраняя трудовую и социальную активность.

РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гончар А.Г., Чистяков А.А.,
Фефелова И.И., Темниченко Д.П.,
Чистякова Л.В., Дьячков О.Н.

Донецкий областной противоопухолевый центр,
Донецк, Украина

Цель работы. Улучшить качество и увеличить продолжительность жизни больных с первично нерезектабельным раком щитовидной железы.

Задачи исследования. 1. Изучить эффективность паллиативного лечения нерезектабельного рака щитовидной железы. 2. Изучить эффективность ТГТ в лечении нерезектабельного рака щитовидной железы. 3. Обосновать необходимость проведения предоперационной ТГТ у больных с местнораспространенным первично нерезектабельным раком щитовидной железы.

Материалы и методы. Проанализированы результаты комбинированного лечения 87 больных с нерезектабельным раком щитовидной железы находившихся на лечении в ДОПЦ в период с 2000 по 2008 гг. Большинство (78 больных) были старше 50 лет. Женщин было в два раза больше чем мужчин. У всех больных наблюдали клинику компрессионного синдрома со сдавлением органов шеи, в связи с чем как первый этап лечения им провели курс ТГТ по радикальной программе. У 46 больных после проведенной лучевой терапии опухоль значительно уменьшилась в объеме, что позволило выполнить тотальную тиреоидэктомию в радикальном объеме. При морфологическом изучении в 37 случаях диагностирован дифференцированный рак, в 9 случаях — медуллярный. Количество послеоперационных осложнений в изучаемой группе больных практически не отличалось от таковых после обычных тиреоидэктомий. После операции явления компрессионного синдрома нивелированы у всех пациентов. В последствии 8 больным проведены курсы химиотерапии, 21 больной получил лечение радиоактивным йодом. Средняя продолжительность жизни после проведенного лечения составила для дифференцированных форм рака — 4,4 года, для медуллярного — 2,8 лет.

Выводы. Внедрение в клиническую практику предоперационной дистанционной ТГТ при лечении нерезектабельного рака щитовидной железы позволяет добиться уменьшения объемов опухоли и как следствие дает возможность выполнения оперативного вмешательства в радикальном объеме, что приводит к улучшению качества и продолжительности жизни, позволяет проводить в дальнейшем различные варианты комплексного лечения данной категории больных.

НЕЙТРОННО-ФОТОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИМ И ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Грибова О.В., Мусабаева Л.И., Чойнзонов Е.Л.

НИИ онкологии СО РАМН,
Томск, Россия

Цель — изучить эффективность комбинированного и лучевого лечения больных с прогностически неблагоприятными формами рака щитовидной железы с применением быстрых нейтронов 6,3 МэВ.

Материалы и методы. В исследование включено 17 больных ЗНО щитовидной железы, которым проведено комбинированное и лучевое лечение с применением быстрых нейтронов. Нейтронная терапия применялась как компонент комбинированного лечения на «ложе» удаленной опухоли или на зону удаленных метастатических лимфоузлов в сочетании с дистанционной гамма-терапией (ДГТ). У неоперабельных больных нейтронную терапию назначали после проводимой ранее неэффективной фотонной терапии. Режим нейтронной терапии: РОД — 1,4-2,0 Гр, СОД — 4,2 Гр до 8,4 Гр (18-36 Гр по изозффекту), дистанционной гамма-терапии — 2,0 Гр, 5 фракций в неделю, СОД — 36-40 Гр. При комбинированном методе лечения курсовая СОД варьировала от 51 до 65 Гр по изозффекту, у неоперабельных больных — 65-75 Гр по изозффекту.

Результаты. Общая пятилетняя выживаемость больных с анапластическим и плоскоклеточным РЩЖ при комбинированном лечении с послеоперационным курсом нейтронно-фотонной терапии составила $58,3 \pm 14,2\%$, безрецидивная — $62,5 \pm 19,8\%$. Общая выживаемость за пятилетний период наблюдения после радикального курса НФТ — $40 \pm 28,3\%$.

Выводы. Доказана возможность эффективного применения быстрых нейтронов 6,3 МэВ у больных РЩЖ с неблагоприятными факторами прогноза, что позволяет продолжить клинические исследования в этом направлении.

РАДИОЙОДАБЛАЦИЯ — ЗАВЕРШЕННАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ

Дроздовский Б.Я., Шуринов А.Ю.

ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН,
Обнинск, Россия

Цель — определение объема остаточной тиреоидной ткани, оценка эффективности радиойодаблации

Материалы и методы. Анализ данных 158 пациентов, поступивших для проведения радиойодаблации после первично выполненных тиреоидэктомий, регионарных лимфодиссекций по поводу дифференцированного рака щитовидной железы из фолликулярного эпителия T1-4 N1(a, b) M0, в возрасте от 18 до 67 лет. На фоне гипотиреоза контролировались показатели тиреотропного гормона (ТТГ), тиреоглобулина (ТГ), антител к тиреоглобулину (АТ-ТГ), посредством УЗИ и сканирования шеи с 0,05 мКи ^{131}I определяли объем и количество участков остаточной тиреоидной ткани. Радиойодаблация осуществлялась однократным пероральным введением 60, 70 или 81 мКи ^{131}I в зависимости от массы тела больного и распространенности опухолевого процесса; через 72-94 часа выполняли скинтиграфию всего тела. Через 6 месяцев назначалось контрольное обследование: УЗИ шеи, скинтиграфия всего тела с 5 мКи ^{131}I , определение ТТГ, ТГ и АТ-ТГ.

Результаты. У 98,1% (155) пациентов после первично-выполненных тиреоидэктомий в ложе железы визуализировались единичные (102) и множественные участки (43) тиреоидной ткани, объемом от 0,5 до 4,7 см³, что свидетельствовало о незавершенности тиреоидэктомии. Радиойодаблация и радиойодтест с ^{131}I проводились на фоне гипотиреоза: ТТГ $79,4 \pm 36,3$ мЕд/мл. Показатели ТГ до радиойодаблации составляли $11,9 \pm 4,1$ нг/мл, через 6 месяцев показатели снизились до $1,8 \pm 0,3$ нг/мл.

Эффективная радиойодоблакация при отсутствии накопления ¹²³I в проекции ложа щитовидной железы и уровне ТГ менее 2 нг/мл достигнута у 85% больных. У 4-х пациентов через 6 месяцев после лечения выявлены ранее не определяемые метастазы в регионарные лимфатические узлы при ТГ ≥ 7 , 5 нг/мл и/или повышенном титре АТ-ТГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Зинкевич И.В., Зинкевич О.И., Прокоданова Н.В., Матвиенко А.А.

*Ростовская областная клиническая больница,
Ростов-на-Дону, Россия*

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения в зависимости от морфологического типа опухоли, объема оперативного вмешательства и стадии опухолевого процесса.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения больных с различными видами рака щитовидной железы, оперированных с 1999 по 2005 гг. в отделении хирургической эндокринологии ГУЗ РОКБ.

Также анализировалась информативность цитологического исследования в зависимости от морфологической структуры опухоли и изучалась локализация опухоли.

Результаты: Информативность цитологического исследования зависела от типа опухоли.

При папиллярном раке щитовидной железы (ПРЩЖ) информативность цитологического исследования составила 97,8%, медуллярном (МРЩЖ) — 82,1%, фолликулярном (ФРЩЖ) — 65,2%.

Распределение числа больных в зависимости от морфологического типа опухоли:

- ПРЩЖ — 81,5%
- МРЩЖ — 10,3%
- ФРЩЖ — 8,5%

Летальность составила 2,7%, в основном — больные с МРЩЖ и ФРЩЖ (отдаленные метастазы).

Большинство опухолевых узлов находились по задней поверхности доли (64,3%), на перешейке — 15,2%, по передней поверхности 0,5%.

Выводы. Информативность цитологического исследования зависит от характера морфологического процесса, наиболее достоверны при ПРЩЖ. Результаты хирургического лечения больше зависят от типа опухоли и глубины распространения опухоли. При Т1-Т2 ПРЩЖ возможна органосохраняющая операция, дополненная центральной лимфодиссекцией. При Т3-Т4 ПРЩЖ, а также во всех случаях МРЩЖ и ФРЩЖ — тотальная тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией, операцией выбора при поражении глубоких лимфоузлов по ходу сосудов шеи является футлярно-фасциальная диссекция.

Чаще всего опухолевые узлы локализуются по задней поверхности доли щитовидной железы.

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Карпенко А.В., Чуманихина Н.С., Сибгатуллин Р.Р.

*Ленинградский областной онкологический диспансер,
Отделение опухолей головы и шеи,
Санкт-Петербург*

Целью работы является анализ осложнений оперативного лечения рака щитовидной железы по материалам отделения опухолей головы и шеи Ленинградского областного онкологического диспансера.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2008 годы в отделении было пролечено 208 пациентов (средний возраст — 53,8 лет). Распределение по формам рака было следующим: папиллярный рак — 145 случаев (69,7%), фолликулярный рак — 50 (24%), медулляр-

ный рак — 12 (5,8%), недифференцированный — 1 случай (0,5%). Было выполнено 208 операций — 120 тиреоидэктомий, 32 субтотальные резекции, 56 гемитиреоидэктомий. Все операции сопровождались центральной шейной диссекцией. Одновременно с операциями на щитовидной железе выполнено 16 боковых шейных лимфодиссекций. В 24 случаях была отмечена инвазия близлежащих структур.

Результаты. Всего было полностью прослежено 347 нервов. В раннем послеоперационном периоде диагностировано нарушение функции 19 ВГН (5,5%). Клинически это привело к двустороннему парезу гортани у 3 пациентов и одностороннему парезу гортани у 15 больных. При дальнейшем наблюдении один двусторонний парез полностью разрешился самостоятельно через неделю после операции, у 15 пациентов с односторонним парезом было полное восстановление подвижности голосовой складки. Двум пациентам с двусторонним параличом гортани была произведена латерофиксация голосовой складки по Лихтенбергеру. Стойкий паралич гортани имеется у 4 из 208 пациентов (1,9%).

Временный гипопаратиреоз был зафиксирован у 29 больных (19%), стойкий характер данного осложнения имеется у 2-х пациентов (1,3%).

Заключение. Современные стандарты лечения рака щитовидной железы подразумевают выполнение в тотальной тиреоидэктомии — операции, чреватой весьма нежелательными осложнениями. Эти осложнения особенно неприятны, учитывая относительно «доброкачественное» течение заболевания. Соблюдение баланса между радикальностью хирургического вмешательства и бережным отношением к функционально важным структурам позволяет свести количество этих осложнений к приемлемому минимуму.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКРОКАРЦИНОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Крехно О.П., Фролов А.С.

*Клиническая больница № 5,
Тольятти, Россия*

Злокачественные новообразования щитовидной железы в структуре контингентов больных злокачественными новообразованиями, состоявших на учете в онкологических учреждениях России на конец 2001 года, составили 3,1%, а наблюдавшихся 5 лет и более — 3,5% (Чиссов В.И. и др., 2002).

Несмотря на казалось бы низкие проценты заболеваемости, рак щитовидной железы в последнее время привлекает большое внимание со стороны многих специалистов по нескольким причинам: рост заболеваемости и распространенности по стране, трудности ранней и дифференциальной диагностики, расхождения в тактике лечения больных. Однако подавляющая часть исследований посвящена опухолям, которые относят к макрокарциномам, тогда как существует и микрокарцинома.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты хирургического лечения 183 пациентов с диагнозом: рак щитовидной железы — I стадия — первичная опухоль размером до 2 см. Цитологический метод позволил только у 15 (8,2%) пациентов с направленной доброкачественной опухолью обнаружить рак щитовидной железы. У 141 (77%) больного диагноз злокачественного новообразования щитовидной железы был выставлен после срочного гистологического исследования.

Женщины составили 94,2% всех оперированных больных, возраст пациентов — 15 — 59 лет. Чаще всего на нашем материале встречался папиллярный рак, который составил 59,6% (110 больных). Фолликулярный рак занимал второе место — у 44 (24%) человек. Папиллярно-фолликулярный рак был выявлен у 24 (13%) больного.

Следует заметить, что в 5 случаях раннего рака щитовидной железы был обнаружен рак из С-клеток.

Результаты. У 126 (69%) выполнены различные варианты гемитиреоидэктомии, наиболее адекватная в данном случае операция.

Субтотальные резекции щитовидной железы и тиреоидэктомии произведены соответственно у 23,7 и 7% больных. Расширенный

объем обусловлен мультицентричным ростом опухоли и развитием рака среди множественных узлов.

Выводы. Отдаленные результаты прослежены у 137 из 183 больных в течении 10 и более лет. Пациенты живы без клинически определяемого локорегионарного рецидива и метастазов. Вопросы определения тактики хирургического лечения микрокарциномы щитовидной железы по-прежнему не решены. Размер опухоли, ее морфологические особенности и клинические проявления определяют объем операции, что в свою очередь обуславливает вероятность развития рецидива опухоли, метастазирования, уровень качества жизни пациента. Остаются актуальными вопросы о предрасположенности, о значимости доброкачественных заболеваний, о характере прогрессии опухолевого роста.

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кулаев И.А., Яйцев С.В.

*Государственная медицинская академия,
Челябинск, Россия*

Клинико-патоморфологические проявления различных гистологических форм рака щитовидной железы имеют существенные отличия. Нами оперировано 2353 больных.

Метастазы папиллярного рака выявлены у 13,2% больных, преимущественно регионарного характера. Лишь у 6 пациентов (0,4%) имелись отдаленные гематогенные метастазы в другие органы.

Характерной чертой папиллярной карциномы является нередкое метастазирование в различные части щитовидной железы — внутрижелезистое или интратиреоидное метастазирование. Данный вид распространения опухолевого процесса выявлен нами в 6,2% наблюдений папиллярной карциномы. В подавляющем большинстве случаев внутрижелезистые метастазы обнаруживались в разных отделах той же доли, где располагалась и первичная опухоль, но в 17,7% этих наблюдений метастазы выявлены и в других частях органа — в противоположной доле (14,6%) или в перешейке железы (3,1%).

Метастазы в регионарные лимфатические узлы из 96 больных с интратиреоидным метастазированием первичной опухоли выявлены у 27 пациентов, или в 28,1% наблюдений. У остальных 69 больных (71,9%) внутрижелезистое метастазирование имело место при отсутствии поражения лимфатических узлов.

Метастатический процесс у больных с фолликулярной карциномой регистрировался редко — (в 3,6% наблюдений) и в подавляющем большинстве случаев был ограничен поражением регионарных лимфатических узлов. Лишь у одного больного (0,2%) были выявлены отдаленные гематогенные метастазы.

Медуллярная карцинома чаще регистрировалась у больных шестой декады жизни. Средний возраст женщин с этой формой опухоли был $50,75 \pm 2,6$ лет, мужчин — $56,45 \pm 2,2$ лет. Метастазы в регионарные лимфатические узлы выявлены у 22,9% больных.

Недифференцированная карцинома отличается агрессивным клиническим течением, и поэтому 2/3 наших больных на момент поступления в стационар имели T₄ стадию первичной опухоли, а у каждого пятого опухоль была нерезектабельной. Отражением высокой злокачественности опухоли является также высокая частота метастазов — у 19 из 45 больных. Кроме того, у 4 из них имелись отдаленные гематогенные метастазы.

Таким образом, характер метастазирования при раке щитовидной железы зависит от гистологического строения опухоли.

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ТАКТИКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ОПУХОЛИ НА ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

Письменный В.И., Осокин О.В.

*Самарский государственный медицинский университет,
Самарский областной клинический онкологический диспансер,
Самара, Россия*

Опухолевая инвазия высокодифференцированного рака щитовидной железы за пределы органа представляет собой сложную клиническую задачу, которая решается не совсем однозначно. Количество наблюдений, когда злокачественная опухоль щитовидной железы распространяется на соседние органы встречается не часто (3,2% от всех высокодифференцированных опухолей), а встреченная интероперационная картина ставит хирурга перед решением сложной клинической ситуации. Восстановление проходимости трахеи или гортани, пищевода или глотки, хирургическое вмешательство на первичной опухоли и зонах регионального метастазирования, трахеостомия — эти и другие задачи необходимо решить при выборе плана лечения экстратиреоидного рака.

Материал и методы. Злокачественная высокодифференцированная опухоль, соответствующая индексу T-4, обнаружена у 57 (3,19%) пациентов. Больным выполнены расширенные и расширенно-комбинированные операции с резекцией пораженных отделов верхних дыхательных путей.

Обсуждение результатов. Стандартный разрез по Кохеру не применялся, было необходимо одномоментно спланировать адекватный доступ к опухоли и пораженным органам и создать условия для формирования плановой стомы с участком резецированной ткани трахеи. Если в объеме операции планировалась резекция хрящей гортани или трахеи с формированием стомы с резецируемыми органами то классическую трахеостому не накладывали, тем самым сохраняли интактной нижележащие отделы трахеи, что остается очень важным моментом для последующей реконструкции дефекта. Заживление у всех больных было первичным натяжением. Дыхание за счет использования сформированных плановых стом в трахее или гортани. Использование трахеостомической трубки ограничивалась 1-и сутками, в последующем ведение больного осуществлялось безканюльное. В сроки от 6 до 12 месяцев проводилась реконструкция трахеи, гортани с обязательным армированием зоны реконструкции.

Выводы. Хирургическое лечение распространенного рака щитовидной железы требует дальнейшей разработки хронологии хирургического вмешательства при лечении первичной опухоли и пораженных окружающих тканей. Целесообразность расширенных операций при дифференцированных карциномах щитовидной железы не вызывает сомнений. В группе пролеченных больных с экстратиреоидной формой рака 10-летняя выживаемость составила 72,2%. Применение данной методики позволило восстановить функцию внешнего дыхания через естественные дыхательные пути, тем самым получен хороший функциональный результат.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Решетов Д.Н., Вельшер Л.З., Асиновсков И.Г.,
Дудичкая Т.К., Матвеева С.П.**

*ГОУ ВПО МГМСУ, кафедра онкологии и лучевой терапии
Москва, Россия*

Заболеваемость раком щитовидной железы в России за последние 10 лет увеличилась почти в 2 раза. Пока нет эффективных методов выявления ранних проявлений диссеминации опухоли в регионарные лимфоколлекторы — микрометастазов.

Цель исследования. Выявление микрометастазов рака щитовидной железы, определение корреляции между изменениями в сторожевых и прочих лимфатических узлах в зонах ближайшего (паратрахеального) регионарного лимфооттока.

Материалы и методы. Исследование проведено 115 пациентам с диагнозом «рак щитовидной железы без клинически определяемых регионарных метастазов». Для визуализации сторожевых лимфатических узлов в лимфоколлекторах шеи 4-го и 6-го уровней использовался общепринятый метод непрямой хромолимфографии. После завершения основного этапа операции на щитовидной железе всем больным производилась центральная селективная шейная лимфодиссекция. В макропрепарате во всех 115 случаях (100%) определялись отдельные лимфатические узлы, окрашенные в синий цвет — сторожевые. Все они подвергались гистологическому исследованию методом серийных срезов отдельно от прочих, исследование которых производилось стандартно.

Результаты. Всего гистологическому исследованию подверглось 1158 лимфатических узлов, 544 (47%) из них являлись сторожевыми, несторожевыми — 614 (53%). Микрометастазы выявлены в 54 (9,9%) сторожевых лимфатических узлах и 12 (2%) несторожевых у 19 (16,5%) пациентов. Макрометастазы обнаружены в 1 (0,2%) сторожевом и 2-ух (0,3%) несторожевых лимфоузлах у одного пациента с ложноотрицательным результатом непрямой хромолимфографии. Прочие морфологические изменения заключались в преобладании синусного гистиоцитоза — в 22,3% несторожевых и 61,8% сторожевых, или фолликулярной гиперплазии — в 45,1% несторожевых и 28,1% сторожевых лимфатических узлов. Неизмененных лимфатических узлов среди сторожевых не было, среди несторожевых их выявлено 30,3%.

Выводы. Методика гистологического исследования с изготовлением серийных срезов является обязательной для оценки состояния сторожевых лимфоузлов. Она позволяет выявить специфические иммуноморфологические реакции в регионарных лимфоузлах на рост опухоли, микрометастазы рака щитовидной железы и тем самым уточнить стадию опухолевого процесса, сформулировать показания к проведению радиойодтерапии.

ГОРМОНОТЕРАПИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЛАНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е.

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Цель — улучшить ближайшие результаты комбинированного лечения больных местно-распространенным и генерализованным медуллярным раком щитовидной железы в плане комбинированного лечения.

Методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена проводится обследование и лечение больных медуллярным раком щитовидной железы с распространенными регионарными и отдаленными метастазами. На дооперационном этапе у всех больных определялся уровень кальцитонина крови. После определения распространенности опухолевого процесса пациентам были выполнены расширенные хирургические вмешательства в зависимости от локализации опухолевого процесса. После хирургического удаления максимальной массы медуллярной опухоли щитовидной железы и метастазов производилось плановое морфологическое исследование удаленной ткани с оценкой степени ее дифференцировки и иммуногистохимическое исследование с оценкой функциональной активности клеток медуллярного рака. После операции повторно исследовался уровень кальцитонина крови. В случае высокой функциональной активности клеток опухоли, по данным иммуногистохимического исследования более 30%, а также повышенного уровня кальцитонина крови проводится гормонотерапия октреотидом-депо, обеспечивающим поддержание стабильных терапевтических концентраций октреотида

в крови в течение 4 недель, дозировка 20 мг внутримышечно 1 раз в месяц, под контролем уровня кальцитонина крови.

Результаты. Прооперировано 6 пациентов, после назначения гормонотерапии октреотидом-депо, у 4 больных отмечена стабилизация показателей кальцитонина крови, период наблюдения составил более 12 месяцев, у 2-х наступило прогрессирование опухолевого процесса.

Выводы. Проведение гормонотерапии медуллярного рака щитовидной железы в плане комбинированного лечения позволяет улучшить ближайшие результаты лечения, сохраняя трудовую и социальную активность пациентов.

РАДИОЙОДТЕРАПИЯ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ. 20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

Родичев А.А., Дроздовский Б.Я., Гусева Т.Н., Доброва Г.С., Тимохина О.В., Гарбузов П.И., Крылов В.В., Иконников А.И., Подольхова Н.В., Королева С.В., Шуринов А.Ю.

ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

Дифференцированный рак щитовидной железы (ДРЩЖ) в детском возрасте отличается выраженной агрессивностью течения, а развитие отдаленных метастазов отягощает прогноз. Радиойодтерапия (РЙТ) в подобных случаях является безальтернативным методом лечения, имеющим наиболее высокую эффективность.

В период с 1986 по 2009 гг. в ГУ МРНЦ РАМН получали лечение радиойодом 265 больных моложе 16 ($11,1 \pm 2,9$) лет, 109 (41%) из них имели отдаленные метастазы (ОМ). Преимущественной локализацией ОМ были легкие. Эффективность РЙТ оценена у 87 больных с ОМ. Срок наблюдения 10-218 ($74,7 \pm 64$) месяцев. По различным причинам 22 пациента выбыли из наблюдения. Метастатическое поражение легких, выявляемое при рутинной рентгенографии органов грудной клетки, отмечено у 54 детей, диффузно-очаговое накопление йод-131 в проекции легких, без рентгенологического проявления ОМ — у 33. Пациенты получили от 3 до 31 ($7,4 \pm 5,3$) курсов РЙТ. Суммарная активность йод-131 $2,59-69,8$ ($14,2 \pm 11$) Гбк. Полная ремиссия заболевания отмечена у 61 (70%) больного. Проявления постлучевого пневмофиброза наблюдается у 3-х, ни у одного не отмечено отклонений показателей периферической крови. Две молодые женщины, получившие лечение ОМ в подростковом возрасте, родили здоровых детей и продолжают наблюдение. Продолжают лечение 26 пациентов, у 14 сохраняются рентгенологические проявления ОМ, у остальных патологическая гиперфиксация изотопа в проекции легких.

Выводы. Развитие отдаленных метастазов ДРЩЖ в детском возрасте не является фатальным. При своевременной диагностике и начале РЙТ более чем в 2/3 случаев возможна полная ремиссия, что особо значимо для молодых больных, имеющих все шансы вести полноценную жизнь в будущем.

НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Родичев А.А., Олейник Н.А., Чеботарева И.В.

ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

Диагностическая скintiграфия всего тела (СВТ) с изотопом йод-123 и определение стимулированного тиреоглобулина (ТГ) являются основными составляющими наблюдения больных, получивших комбинированное лечение дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ).

В 2008 г. в ГУ МРНЦ РАМН диагностическая СВТ выполнена у 136 больных. Эффективность лечения легочных метастазов ДРЩЖ оценивали у 8 человек, из них у 7 признаков персистенции заболевания не выявлено. У троих определяли йоднакапливающую способность отдаленных метастазов, выявленных при рентгенологическом исследовании, из них только у одного зафиксировано включение йод-123 при уровне ТГ >25 нг/мл. У 125 пациентов диагностическая СВТ выполнялась спустя 5 – 46 (10 ± 3) месяцев после радиойодтерапии (РЙТ – йод-131 активность 2,59 – 3ГБк). Отсутствие очагов гиперфиксации или следовое включение установлено у 114 (91%). У 23 (20%) из них определялся уровень тиреоглобулина 2,5 – 114,9 нг/мл ($18 \pm 5,8$). Этим больным рекомендован повторный курс РЙТ. Средне- и высокоинтенсивное (от 5 до 26% общего счета всего тела) включение йод-123 в проекции ложа щитовидной железы при уровне ТГ до $106,3 \text{ нг/мл}$ ($23 \pm 2,4$) отмечено у 6 (5%) больных, которым также рекомендована РЙТ. Трое пациентов демонстрировали патологическое накопление изотопа в проекции легких и средостения, один в проекции костных метастазов и один – лимфатического коллектора шеи при уровне ТГ 50,9 – 257,4 нг/мл, что позволило установить скрытые очаги ДРЩЖ и продолжить лечение.

Выводы. СВТ с йод-123 и определение больных ДРЩЖ, позволяет оценить завершенность абляции остаточной тиреоидной ткани, диагностировать скрытые метастатические очаги и оценить чувствительность к РЙТ метастазов, определяемых при рентгенографических исследованиях.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ РАЗНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Романчишен А.Ф., Гостимский А.В., Демидчик Ю.Е., Поляков В.Г., Шишков Р.В., Привалов В.А., Агеев И.С., Комиссаренко И.В., Рыбаков С.И.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург,

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Северный государственный медицинский университет, Архангельск, НИИ детской онкологии ГУ РНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь; Хирургический отдел Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко АМН Украины, Киев, Украина

В клинике госпитальной хирургии СПбГПМА находилось на лечении 110 детей и подростков со спорадическими карциномами ЩЖ. В клинике общей хирургии ЧГМА оперировано 149 детей и подростков из йододефицитного региона. В клинике онкологии СГМУ оперировано 30 детей, проживающих в эндемичной по зобу Архангельской области. В БГУ лечился 1301 больной радиоиндуцированным РЩЖ. В Институте эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко АМН Украины отмечено 346 случаев РЩЖ.

В ходе первых операций ткань ЩЖ была сохранена в 64,3, 87,2, 93,3% наблюдений в Санкт-Петербурге, Челябинске и Архангельске. В Киеве, Минске и Москве эти цифры ниже – 13,9, 35 и 14,2%. В остальных наблюдениях произведена тиреоидэктомия.

Повторные хирургические вмешательства были во всех группах больных. Показаниями к повторным операциям являлись: рецидив рака щитовидной железы – 59 (3,1% наблюдений), неадекватные первые операции у 36 (1,8%) больных и наличие повторных регионарных метастазов у 179 (9,2%) пациентов.

У пациентов Санкт-Петербурга и Челябинска местных рецидивов заболевания не отмечено. У больных радиоиндуцированными карциномами местные рецидивы заболевания встретились в 2,3 и 0,7 % случаев после органосберегательных вмешательств и тиреоидэктомии соответственно.

Метастазы в лимфатические узлы в послеоперационном пе-

риод отмечены в 8,4% наблюдений в Санкт-Петербурге, 4,7% – в Челябинске, 10,3% – в Минске, 7,0% – в Киеве.

Отдаленные метастазы у больных спорадическими карциномами выявлены в 2,4% случаев, в группах больных эндемическим РЩЖ – 1,1%. У пациентов с радиоиндуцированными карциномами отдаленные метастазы выявлялись чаще – в 10,2% наблюдений.

ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Романчишен А.Ф., Липская Е.В., Романчишен Ф.А.

Кафедра госпитальной хирургии СПбГПМА, Санкт-Петербургский центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы, Санкт-Петербург, Россия

Показания к применению лимфаденэктомии у больных РЩЖ дискутируются.

Материал и методы. В период с 1977 по 2007 гг. нами оперированы 22140 человек болезнями щитовидной железы (ЩЖ), в том числе по поводу рака – 2913 (13,2%) при темпе роста с 6,7 до 24,8% в год. С начала с 80-х годов операции на ЩЖ дополнялись биопсией-иссечением 3-6 групп шейных лимфоузлов под визуальным контролем возвратных гортанных нервов и околощитовидных желез и с учетом данных хромотиреолимфографии. Применялось 2-этапное лечение при выявлении микрометастазов в удаленных лимфоузлах, использовался змеиобразный разрез на шее для улучшения эстетических результатов боковой шейной лимфаденэктомии.

Результаты. Фокусы РЩЖ в удаленных лимфоузлах дополнительно выявлялись в 60,0-80,0%. Обнажение и визуальный контроль возвратных нервов при всех операциях на ЩЖ обеспечили значительное снижение частоты их повреждений с 1,6 до 0,26%. Количество центральных ЛАЭ при первичном РЩЖ доведено до 90,3%. Разработана оригинальная техника диссекции добавочных нервов. Всего выполнено 1145 центральных и боковых ЛАЭ. Доказано, что профилактическая и лечебная ЦЛАЭ предотвращает повторные операции и частоту специфических осложнений. Под нашим наблюдением (не менее 13 лет) находится 1102 (84,9%) из 1298 оперированных в 1989 г. и позже. Метастазы в зонах отрицательной биопсии макроскопически неизмененных лимфоузлов 3-6 групп имели место в дальнейшем лишь в 1,5%. Повторные метастазы после центральной и боковой ЛАЭ отмечены только в 2,1%, что отражает эффективность избранной тактики и техники лечения.

Заключение. Совершенствование техники хирургических вмешательств, применение новых технологий обеспечило улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных папиллярным, фолликулярным и медуллярным РЩЖ.

ТЕХНИКА, НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РЩЖ)

Романчишен А.Ф., Багатурия Г.О.

Кафедра госпитальной хирургии СПбГПМА, Санкт-Петербургский центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы, Санкт-Петербург, Россия

Выбор объема операций при местно-распространенном РЩЖ дискутируется.

Материал и методы. В период между 1973 и 2007 годами в клинике оперировано 2593 больных РЩЖ. У 464 (21,9%) из 2115 больных имело место широкое распространение карцином за пределы ЩЖ. В связи с этим была выполнена 581 комбиниро-

ванная операция (КО) с резекцией или удалением соседних органов шеи или средостения, расширенная лимфаденэктомия (РЛ) шейных и/или медиастинальных лимфоузлов и паллиативных операций у 441 пациента.

Результаты. Среди оперированных было 19,2% мужчин и 80,8% женщин (1:4,2), их средний возраст — $57,7 \pm 2,6$ года. Эти показатели значительно отличались от таковых в общей группе больных РЩЖ (1:7,4; $51,6 \pm 1,7$ соответственно). Морфологическая структура опухолей была следующей: папиллярный РЩЖ — в 62,9%, фолликулярный — в 24,8% и медуллярный — в 12,3% наблюдений. Карцинома распространялась на мышцы шеи и гортани (73,8%), возвратный нерв (37,9%), трахею (35,2%), гортань и пищевод (23,8%), крупные сосуды (21,9%). Полностью опухоль была удалена при 196 (76,6%) из 256 КО, 239 (97,2%) из 246 РЛ. Трансстернальный доступ был применен при 31 (5,3%) операции. Суммарно ПО была выполнена в 25,1% наблюдений. Этот показатель уменьшен на протяжении последних 5 лет до 7,8%. После 435 КО и РО умерло 7 (1,6%) больных. При разделении 97 обширных операций на 2 этапа летальных исходов не было. Неожиданные специфические осложнения наблюдались в 6,2%. Девять (6,2%) из 146 ПО были завершены трахеостомией. Отдаленные результаты (в среднем $9,7 \pm 1,9$ г.) были изучены у 373 (84,6%) больных. Прожили 5 и более лет 81,9%, 10 и более лет — 71,1% после КО; 86,7 и 70,6% — после РЛ; 40,7 и 29,1% больных после ПО. Рецидивы «запущенного» РЩЖ после «бреющих» и боковых резекций трахеи, гортани, пищевода встречались не чаще, чем после циркулярных резекций этих органов. Но качество жизни было определено лучшим. До — и послеоперационные отдаленные метастазы РЩЖ были обнаружены в 11,5% наблюдений.

Заключение. Комбинированные, расширенные и паллиативные операции при местно-распространенных карциномах обеспечивали выздоровление или продление жизни большинства больных папиллярным, фолликулярным и медуллярным РЩЖ.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА БЕЗРЕЦИДИВНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Румянцев П.О., Ильин А.А., Двинских Н.Ю., Румянцева У.В., Саенко В.А., Абросимов А.Ю., Исаев П.А., Медведев В.С.

ГУ Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

Папиллярный рак щитовидной железы (ПРЩЖ) является наиболее частым гистологическим типом РЩЖ, составляя около 85% всех случаев заболевания. В последнее десятилетие в связи с широким внедрением УЗИ в клиническую практику, а также истинным ростом заболеваемости среди населения загрязненных радионуклидами территорий заболеваемость РЩЖ в стране существенно возросла, причем за счет папиллярного гистологического типа. Улучшение диагностических возможностей, с одной стороны, повысило выявляемость субклинических (непальпируемых) карцином ЩЖ, чаще всего представленных папиллярными микрокарциномами. С другой стороны, созданы условия для раннего обнаружения клинически агрессивных карцином ЩЖ на потенциально резектабельной стадии. В этой связи предельно актуализируется необходимость оптимизации существующих лечебных подходов с учетом факторов, влияющих на прогноз безрецидивной выживаемости больных ПРЩЖ.

Исследуемую группу составили 1513 больных ПРЩЖ, поступивших в клинику ГУ МРНЦ РАМН в период с 1984 по 2007 гг. Возраст больных колебался от 5 до 80 лет. Средний возраст составил $36,9 \pm 15,4$ лет. Лиц мужского пола было 275 чел., лиц женского пола — 1238 чел. Соотношение муж:жен составило 1:4,5. Период динамического наблюдения за больными варьировал от 6 месяцев до 23 лет и в среднем составил 98 месяцев ($8,2 \pm 6,1$ лет). Все больные первично получали хирургическое лечение, которое в 159 (10,5%)

случаях было выполнено в лечебных учреждениях по месту жительства, во всех других — в клинике ГУ МРНЦ РАМН. После операции больным назначалась супрессивная терапия тиреоидными гормонами. Радиойодтерапия выполнялась по показаниям и была проведена 32% больных. Использовалась гистологическая классификация ВОЗ (2004 г.). Среди гистологических вариантов преобладал классический — 71,6% и фолликулярный — 21,4% случаев. Гюртле-клеточный вариант диагностирован в 3,1% случаев; солидный — 2,1%; диффузный склерозирующий — 1,3%; другие гистологические варианты (светлоклеточный, высококлеточный, макрофолликулярный, крибозно-морулярный, смешанный папиллярно-медуллярный) суммарно составили 0,6% всех наблюдений. Распределение больных по стадиям опухоли согласно классификации pTNM (UICC, 2002 г.) было следующим: 1 стадия — 81,5% больных; 2 стадия — 5,0%; 3 стадия — 8,8%; 4А стадия — 1,4%; 4В стадия — 0,2%; 4С стадия — 3,1% случаев. Опухоль ЩЖ была размером ≤ 1 см у 46,4% больных, от 1,1 до 2 см — у 34,2%, более 2 см — у 19,4% пациентов. Мультифокальность очагов опухоли в ЩЖ обнаружена в 34,6% наблюдениях. Регионарные метастазы обнаружены у 639 (42,2%) больных, почти во всех случаях (в 629 из 639) они поражали лимфатические узлы (VI уровень). Метастазы латеральных лимфатических узлов обнаружены в 297 (19,6%) наблюдениях.

С целью изучения влияния факторов, потенциально способных оказывать влияние на безрецидивную выживаемость больных ПРЩЖ, в модель Кокса были включены девять переменных. В качестве номинальных переменных учитывались: 1. пол (муж/жен); 2. возраст (< 18 / ≥ 18 лет); 3. экстрагитроидная инвазия (да/нет); 4. мультифокальность опухоли (да/нет); 5. наличие признаков собственной капсулы опухоли (да/нет); 6. ангиоинвазия (да/нет); 7. регионарные метастазы (да/нет). В качестве порядковых переменных: 8. размер карциномы (≤ 1 см; > 1 и ≤ 2 см; > 2 см); 9. гистопатологический вариант (папиллярный, фолликулярный, другой). Анализ выживаемости производился с использованием модели пропорциональных интенсивностей Кокса. Использовался программно-статистический пакет SPSS, версия 17 (Чикаго, США).

За период наблюдения (в среднем восьмилетний) было зарегистрировано 243 (16%) случая рецидива опухоли. Наиболее часто возникал регионарный рецидив опухоли в виде метастазов в регионарные лимфатические узлы шеи, который был подтвержден при гистологическом исследовании у 212 больных. Локальный (в остатках ЩЖ) рецидив опухоли зарегистрирован у 47 больных. Отдаленные метастазы в процессе динамического наблюдения были выявлены у 34 больных, чаще всего (у 31 больного) при диагностике или терапии радиоактивным йодом. В 44 случаях рецидив имел сочетанный характер, когда регионарный рецидив сочетался с локальным рецидивом и/или отдаленными метастазами. В результате анализа безрецидивной выживаемости больных изучаемой группы установлено, что возраст ($p=0,336$), пол ($p=0,185$), гистологический вариант карциномы ($p=0,960$), наличие признаков ангиоинвазии ($p=0,863$) и даже прорастание опухоли капсулы ЩЖ ($p=0,067$) не оказывали достоверного прогностического влияния. Неблагоприятными факторами прогноза безрецидивной выживаемости больных ПРЩЖ являлся больший размер опухоли ($p<0,001$), мультифокальность ($p=0,011$) и наличие регионарных метастазов ($p<0,001$). Показатель отношения рисков (англ. hazard ratio, HR) для размера опухоли более 1 см и менее 2 см (включительно) составил 3,13 [95% ДИ 2,16–4,53], а для размера опухоли более 2 см $HR=3,20$ [95% ДИ 2,13–4,82]. Фактор наличия мультифокальности опухоли характеризовался $HR=1,41$ [95% ДИ 1,10–1,83]. Наличие регионарных метастазов (стадия N1) сопровождалось значением $HR=2,02$ [95% ДИ 1,4–2,77]. Нами также было установлено, что наличие собственной капсулы карциномы ЩЖ является важной клинико-морфологической характеристикой, имеющей благоприятный эффект на прогноз безрецидивной выживаемости больных ПРЩЖ. Наличие капсулы (от полностью окружающей опухоль до частично присутствующей на границе с нормальной тироидной тканью), оказывало достоверное ($p<0,001$) благоприятное влияние на безрецидивную выживаемость ($HR=0,40$ [95% ДИ 0,28–0,57]). Данная характеристика встречается у больных ПРЩЖ нередко. Так, в изучавшейся нами многочисленной клинической группе 1513 боль-

ных ПРЩЖ наличие (в той или иной степени) собственной капсулы опухоли ЩЖ обнаружено у 35,1% пациентов.

Таким образом, на прогноз безрецидивной выживаемости больных ПРЩЖ негативно влияют следующие факторы: мультифокальность опухоли, наличие регионарных метастазов, размер опухоли более 1 см. Однако мультифокальность опухоли едва ли может быть учтена на пред- и интраоперационном этапе в связи с тем, что дополнительные очаги имеют, как правило, микроскопический размер. Существенным благоприятным фактором является наличие (полностью или частично) собственной капсулы опухоли ЩЖ. Технически учесть данную характеристику опухоли на пред- и интраоперационных этапах диагностики вполне возможно. На предоперационном этапе состояние капсулы опухоли ЩЖ может ориентировочно оценивать при УЗИ, дополнить на интраоперационном этапе: при рассечении опухоли ЩЖ, перепроверить — при срочном гистологическом исследовании.

С учетом полученных результатов мы произвели коррекцию тактики хирургического лечения больных ПРЩЖ, которая теперь учитывает размер карциномы ЩЖ, признаки инкапсулированности, фактическую распространенность опухоли, а также закономерности частоты и обширности метастатической диссеминации ПРЩЖ. Принимая во внимание то обстоятельство, что характер рецидива ПРЩЖ чаще всего является регионарным (более чем в 80% случаев), мы считаем исключительно важным изначально планировать адекватный объем регионарной лимфодиссекции. Центральная (уровень VI) и латеральная (уровни II-V) лимфодиссекции при ПРЩЖ необходимо выполнять с использованием техники фасциально-фуллярных иссечений в объеме стандартных анатомо-хирургических уровней лимфатических узлов согласно международной классификации pTNM (UICC, 2002). С целью снижения риска потенциального хирургического повреждения двигательных нервов в проекции ЩЖ, центральной и латеральной клетчатки шеи (гортанные и добавочный нервы, соответственно) мы отдаем предпочтение методу интраоперационной электромиографии (ИЭМГ), который с 2003 года успешно применяется в клинике ГУ МРНЦ РАМН.

ДИНАМИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Савенок Э.В., Савенок В.У., Рыжих О.В., Минакова Е.С., Васильева М.М.,

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Областной клинический онкологический диспансер, Воронеж, Россия

Основным методом лечения дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ) является хирургический. В Воронежской области хирургическое лечение ДРЩЖ проводится в Воронежском областном клиническом онкологическом диспансере (ВОКОД) и Воронежской областной клинической больнице (ВОКБ).

Цель исследования. Изучить динамику хирургических вмешательств в Воронежской области.

Материалы и методы. Проанализированы медицинские карты больных РЩЖ, которым были выполнены операции в отделении ПГШ ВОКОД и в эндохирургическом отделении ВОКБ.

Результаты. Всего в Воронежской области, по данным двух ведущих учреждений за 2003–2007 гг. произведено 6189 операций. Из них в ВОКОД — 1508 (24,4%) и в ВОКБ — 4681 (75,6%), по поводу ДРЩЖ выполнено 836 операций — в ВОКОД — 293 (35,1%) и в ВОКБ — 543 (64,9%). Наименьшее количество хирургических вмешательств было в ВОКОД в 2005 г. — 33 (11,3%) и в ВОКБ в 2004 г. — 87 (16%). Наибольшее число операций выполнено в ВОКОД в 2004 и 2007 гг. по 74 (25,3%) соответственно, а в ВОКБ в 2007 г. — 150 (27,6%). Всего по области наименьшее число операций выполнено в 2005 г. — 138 (11,7%) и наибольшее в 2007 г. — 24 (17,8%).

Абсолютное большинство больных РЩЖ оперированы ВОКБ, это объясняется тем, что врачи — эндокринологи не проводят весь

комплекс диагностических мероприятий пациентам с узловыми образованиями ЩЖ, направляют больных в ВОКБ, где диагноз «рак ЩЖ» ставится при плановом гистологическом исследовании.

Выводы. Необходимо улучшать диагностику РЩЖ на догоспитальном периоде и больных с онкопатологией госпитализировать в специализированные отделения онкологических учреждений.

ВЫБОР ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Савенок Э.В., Савенок В.У., Минакова Е.С., Рыжих О.В., Панов Е.Д., Жукова Е.Н.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Областной клинический онкологический диспансер, Воронеж, Россия

В проекте национальных клинических рекомендаций согласительной комиссии Российской Федерации (2007) с участием ведущих эндокринологов и онкологов указывается, что стандартной операцией при дифференцированном РЩЖ является экстрафасциальная тиреоидэктомия, но иногда допустимо выполнение гемитиреоидэктомии.

Цель исследования. Определить показания к выполнению экстрафасциальных операций при дифференцированных формах РЩЖ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты выполненных нами оперативных вмешательств у 214 первичных больных РЩЖ.

Результаты. Основным видом оперативного вмешательства стала гемитиреоидэктомия, которая выполнена у 109 пациентов с опухолевым узлом в одной доле до 2,0 см и при отсутствии достоверных данных о РЩЖ. Субтотальная резекция щитовидной железы (СРЩЖ) выполнена 55 больным, в большинстве случаев с поражением одной доли узлом до 4,0 см или узлом до 2,0 см с локализацией в медиальных отделах, а у 7 пациентов отмечено сочетание злокачественной опухоли с доброкачественным новообразованием в другой. Тиреоидэктомия выполнена в 50 случаях. Показанием для тиреоидэктомии у 42 из 50 больных (84%) явилось наличие опухолевых узлов в обеих долях щитовидной железы, у восьми пациентов — в одной доле щитовидной железы и в перешейке.

Выводы. Гемитиреоидэктомия может применяться у больных с поражением одной доли узлом до 2,0 и при сомнительном диагнозе, СРЩЖ — с поражением одной доли узлом до 4,0 или до 2,0 см с локализацией в медиальных отделах, а так же при сочетании злокачественной опухоли с доброкачественным процессом в другой. При распространенных формах РЩЖ необходима тиреоидэктомия.

МЕСТО ЭКСТРАФАЦИАЛЬНОЙ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ

Савенок Э.В., Савенок В.У., Минакова Е.С.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Областной клинический онкологический диспансер Воронеж, Россия

При дифференцированном раке щитовидной железы (РЩЖ) большинство авторов рекомендуют выполнять тиреоидэктомию, в некоторых случаях допускают выполнение гемитиреоидэктомии. В вопросе выполнения субтотальной резекции щитовидной железы (СРЩЖ) нет единого мнения о показаниях ее выполнения, методики и объема удаляемой ткани щитовидной железы.

Цель исследования. Разработка способа экстрафасциальной СРЩЖ и выработка показаний к ее выполнению при РЩЖ.

Материалы и методы. В работе проанализированы результаты выполненной СРЩЖ по разработанной нами методике у 55 больных РЩЖ.

Результаты. Модифицированная нами СРЩЖ (патент №2147839 от 27.04.2000) начинается с экстрафасциального удаления пораженной доли. Затем от трахеи отсепаивают медиальные отделы другой доли. Выделяется верхний полюс щитовидной железы, пересекается и перевязывается лигатурой. Возвратный нерв прослеживается до места впадения в гортань. Далее выделяется и удаляется клетчатка вдоль стенки трахеи и трахеопищеводной борозды. Нижняя щитовидная артерия не перевязывается. Накладывается зажим на оставляемую часть доли размером 0,5 x 0,5 x 1,5 см в месте впадения возвратного нерва в гортань, что составляет примерно 1,5-2 г ткани щитовидной железы. Данная методика выполнена у больных с узлом в одной доле до 4 см или до 2 см с локализацией в медиальных отделах, а в 7 случаях отмечено сочетание злокачественной опухоли с доброкачественным новообразованием в другой.

Выводы. Экстрафасциальная СРЩЖ может применяться при РЩЖ с поражением одной доли узлом до 4,0 см или до 2,0 см с локализацией в медиальных отделах, а так же при сочетании злокачественной опухоли с доброкачественным процессом в другой.

ЗНАЧИМОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Минакова Е.С., Савенок Э.В., Савенок В.У., Рыжих О.В., Редькин А.Н.,

ВГМА им. Н.Н. Бурденко,
Областной клинический онкологический диспансер,
Воронеж, Россия

Подтверждение и уточнение диагноза во время операции существенно влияет на определение объема хирургического вмешательства на щитовидной железе у больных с узловой патологией. До настоящего времени имеются противоречивые данные о ценности интраоперационных морфологических исследований в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы.

Цель исследования. Изучить диагностическую ценность интраоперационного цитологического и гистологического исследований в сравнении с плановым гистологическим заключением.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов цитологических и гистологических исследований во время операции у 130 пациентов. При плановом гистологическом исследовании рак щитовидной железы был диагностирован у 37 (28,5%) больных, узловой зоб — у 67 (51,5%), аденома — в 26 (20%) случаях.

Результаты. При сравнительном анализе данных морфологических заключений у больных узловым зобом оказалось, что информативность интраоперационного цитологического исследования составила — 84,6%, срочного гистологического — 82%. При раке и аденоме щитовидной железы совпадение плановой гистологии со срочным цитологическим исследованием обнаружено у 44,4% пациентов, с интраоперационным гистологическим исследованием выявлено в 22,2% случаев. Получена высокая чувствительность интраоперационных гистологического (90%) и цитологического (87,2%) исследований при узловом зобе. При раке и аденоме щитовидной железы чувствительность срочного цитологического исследования составила 50% и гистологического — 33,3%.

Выводы. Информативность интраоперационных исследований при узловом зобе выше, чем при раке и аденоме ЩЖ (84,6%). Для определения объема оперативного вмешательства достаточно проведение срочного цитологического исследования при узловом зобе, а при раке и аденоме щитовидной железы необходимо дальнейшее совершенствование данных видов исследования.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Савенок Э.В., Савенок В.У., Жукова Е.Н., Рыжих О.В., Минакова Е.С.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко,
Областной клинический онкологический диспансер,
Воронеж, Россия

Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), будучи наиболее эффективным, иногда сопровождается специфическими осложнениями к которым относят повреждение гортанных нервов и гипопаратиреоз (ГПТ).

Цель исследований. Изучить частоту специфических осложнений возникающих после экстрафасциальных операций на щитовидной железе.

Материалы и методы исследования. В работе проанализированы результаты проведенных оперативных вмешательств по экстрафасциальной методике у 732 пациентов с узловыми формами заболеваний ЩЖ. Клиническое состояние голосовых связок оценивалось на основании жалоб и непрямой ларингоскопии в до и послеоперационном периоде. Так же у всех больных определялся уровень кальция в сыворотке крови и клинические признаки ГПТ.

Результаты исследования. После гемитиреоидэктомии (ГТЭ) ГПТ выявлен не был, а после субтотальной резекции (СР) ЩЖ транзитный ГПТ отмечен у 2,6% больных. После тиреоидэктомии (ТЭ) постоянный ГПТ констатирован в 8,6% наблюдений. Причем, одинаково часто наблюдался как явный, так и скрытый ГПТ — 4,2%.

Стойкий послеоперационный паралич гортани был отмечен у 10 (1,37%) из 732 больных. После ГТЭ он констатирован в 1,1% случаев, после СР ЩЖ — в 0,9% и после ТЭ — у 2,5% пациентов.

Выводы. Специфические осложнения чаще выявляли после ТЭ. Так, послеоперационный паралич гортани отмечен в 2,5% наблюдений. Постоянный ГПТ после ТЭ обнаружен у 8,6% больных, явный и скрытый ГПТ — по 4,2% случаев соответственно. В связи с этим, всем пациентам в послеоперационном периоде необходимо определять содержание кальция в сыворотке крови и при необходимости проводить корректирующую терапию.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сдвижков А.М., Кожанов Л.Г., Демидов В.П., Финкельштерн М.Р., Солдатов И.В.

Онкологический клинический диспансер № 1,
Москва, Россия

Основным методом лечения рака щитовидной железы является адекватное хирургическое вмешательство, которое позволяет получить высокий лечебный эффект. Однако мнения о выборе объема операции при раке щитовидной железы не являются однозначными.

Материалы и методы. При неблагоприятных прогностических факторах, указывающих на высокую степень риска выполняют тиреоидэктомию. Обоснованием полного удаления органа является поражение обеих долей раком, распространения процесса на соседние органы, рецидив заболевания или остаточная опухоль после нерадикальных или неадекватных операций, наличие регионарных или отдаленных метастазов.

При благоприятных прогностических факторах высокодифференцированных РЩЖ 1 и 2 стадии выполняется экстрафасциальное удаление доли щитовидной железы с перешейком и опухолью с обязательной перевязкой верхней и нижней щитовидных артерий, выделением возвратных нервов, парашитовидных желез и обязательной интраоперационной ревизией оставшейся доли и регионарных лимфатических узлов. Эта операция является адекватной в онкологических и эндокринологических аспектах.

При распространенных опухолях, рецидиве заболевания или остаточной опухоли после нерадикальных или неадекватных операций тиреоидэктомия выполнена у 215 человек. Органосохранные операции при РЩЖ 1 и 2 стадии выполнены у 1157 больных.

Результаты. В группе больных с неадекватными или нерадикальными операциями, где тиреоидэктомию выполняли спустя 1-12 месяцев, 5-летняя выживаемость составила 85,6%.

После выполнения органосохранных операций при 1 и 2 стадиях заболевания 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 95%.

Выводы. Таким образом, при распространенных опухолях РЩЖ адекватной операцией является тиреоидэктомия, органосохранные операции возможны при 1 и 2 стадиях и высококодифференцированных формах заболевания.

ПАРАТРАХЕАЛЬНЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ)

Сергеев С.А., Леонова Н.В., Сергеев С.С.

Московская онкологическая больница № 62,
Московский онкологический диспансер № 1,
Москва, Россия

Рак щитовидной железы часто метастазирует в регионарные лимфатические узлы шеи, включая паратрахеальные. При этом предлагаемые в настоящее время методы лечения с обязательной тиреоидэктомией и дальнейшей диагностикой и лечением радиоактивным йодом нередко не дают эффекта.

За последние три года в МКОБ 62 с подозрением на рак щитовидной железы было прооперировано 614 больных. Злокачественное поражение щитовидной железы подтверждено гистологическим исследованием у 348 (56,7%). Из них рак щитовидной железы имел место у 345 больных. При этом метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи обнаружены у 134 (38,8%). Наличие метастазов рака щитовидной железы в паратрахеальные лимфатические узлы гистологически подтверждено у 103 (29,9%) больных. Оно сочеталось с поражением других регионарных лимфатических барьеров шеи у 43 человек (12,5%). Изолированное поражение только паратрахеальных узлов констатировано у 60 оперированных (17,4%). У 38 из 60 больных с паратрахеальными метастазами при гистологическом исследовании было выявлено прорастание первичной опухоли капсулы железы: с распространением только на прилежащие мягкие ткани у 35 (рТ3 – 58,3%), с прорастанием в трахею у 3 (рТ4 – 5%). Внутритриорганное поражение щитовидной железы имело место у 10 из 60 больных этой группы: рТ1 – 8 (13,3%) рТ2 – 6 (10%). В остальных 7 наблюдениях имели место метастазы после хирургического и комбинированного лечения рака щитовидной железы без признаков рецидива первичной опухоли. В большинстве наблюдений отмечено одностороннее поражение и только у 7 больных верифицировано метастазирование с обеих сторон трахеи. Только у двух больных с распространенными рецидивами рака щитовидной железы через несколько лет после хирургического лечения в других лечебных учреждениях паратрахеальные метастазы определялись пальпаторно и по данным рентгенологических исследований. Основным методом дооперационной диагностики паратрахеальных метастазов является ультразвуковое исследование в специализированном онкологическом учреждении. Благодаря этому методу удалось заподозрить и при пункции цитологически верифицировать метастазы у 13 из 60 (21,7%) больных. Еще в двух случаях поражение данной регионарной зоны установлено при срочном гистологическом исследовании увеличенных лимфатических узлов. Однако основным методом активного выявления этих метастазов остается плановое гистологическое исследование профилактически удаленной паратрахеальной клетчатки (71,7%). При правильном использовании этой методики в условиях специализированного онкологического отделения не отмечено увеличения серьезных послеоперационных осложнений. Так временный парез одного возвратного нерва имел место у 3, а признаки паратиреоидной недостаточности констатированы у 2 больных с двусторонним удалением паратрахеальной клетчатки.

Выводы.

1. Паратрахеальные лимфатические узлы являются основной зоной метастазирования рака щитовидной железы (поражаются в 29,9%).

2. Основными методами активного выявления данных метастазов остаются профилактическое удаление клетчатки данной области и ультразвуковое исследование в условиях специализированных онкологических учреждений.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ НАРУЖНОЙ ВЕТВИ ВЕРХНЕГО ГОРТАННОГО НЕРВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

**Фуки Е.М., Осипенко Е.В.,
Трофимов Е.И., Зеленкин Е.М.**

ФГУ «НКЦ оториноларингологии» Росздрава,
Москва, Россия

Изменение голоса после операций на щитовидной железе (ЩЖ) традиционно связывают с травмой возвратного гортанного нерва (ВГН). Наружная ветвь верхнего гортанного нерва (НВВГН), иннервирует перстнещитовидную мышцу, натягивающую голосовые складки при фонации, а, следовательно, определяет ряд параметров голоса.

Материалы и методы. 62 пациента с сохраненным после операции отведением / приведением голосовых складок (для исключения парезов возвратного нерва). Для идентификации нервов использовали нейромонитор Нейросайн 100 и хирургический микроскоп. Электрофизиологический мониторинг НВВГН обеспечивался введением игловидных электродов в перстнещитовидную мышцу. В пред- и послеоперационном периодах проводилось исследование функций гортани: игловидная электромиография (ЭМГ) перстнещитовидной мышцы, ларингостробоскопия и акустический анализ голоса.

Результаты. Хирургическому риску подверглось 76 НВВГН, из которых были найдены 62 (82,9%). Изменения голоса после тиреоидэктомии появились у 23% пациентов, после гемитиреоидэктомии – у 12%. Патологические изменения при ЭМГ выявлены у 16 (25,8%), у 3 (4,8%) двухсторонние. Через 6 месяцев сохранились у 5 (8,1%), преимущественно у пациентов с двухсторонними изменениями. В группе с патологическими ЭМГ у 4 пациентов ларингостробоскопия выявила нарушения закрытия голосовой щели при фонации, при акустическом исследовании у 14 (87,5%) уменьшение максимальной частоты голоса более чем на 10%, уменьшение уровня звукового давления на высоких частотах на 5-10дБ.

Выводы. Повреждение НВВГН не может быть выявлено при стандартной непрямой ларингоскопии. Наиболее достоверным методом определения состояния НВВГН и перстнещитовидной мышцы является ЭМГ, в то время как акустический анализ голоса и ларингостробоскопия – скрининговые процедуры. Современные методики интраоперационного нейромониторинга помогают уменьшить процент повреждения гортанных нервов и снижают вероятность стойких изменений голоса.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РЕГИОНАРНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ N1b

**Хвостовой В.В., Сычев М.Д., Романищев В.Е.,
Киселев И.Л., Минаков А.А., Цнобиладзе Э.Д.**

Кафедра онкологии Курского
государственного медицинского университета,
Областной онкологический диспансер,
Курск, Россия

Метастазирование папиллярного рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи с двух сторон, контралатерально или в лимфоузлы средостения создает определенные трудности в тактике и технике предстоящей операции.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 32 больных с N16 при T1-T4 и M0-M1. Суммарное количество пораженных лимфоузлов — от 8 до 65. Принципиальным подходом в лечении этих больных была одномоментная операция с последующей радиойодтерапией и супрессивной гормональной терапией.

Результаты. Изолированное метастазирование в контрлатеральные лимфоузлы шеи было у 3 пациентов. Им выполнена тиреоидэктомия с центральной шейной диссекцией и футлярно-фасциальной шейной диссекцией со стороны поражения. Больные живы в сроки до 4 лет. Метастазирование в лимфатические узлы шеи с двух сторон диагностировано у 10 пациентов. Им выполнялась тиреоидэктомия с центральной шейной диссекцией и футлярно-фасциальной шейной диссекцией с двух сторон. Из этой группы погибла одна больная через два года от метастазов в легкие, резистентных к радиойодтерапии. У 7 пациентов диагностированы изолированные метастазы в лимфатические узлы верхнего средостения, им выполнялась тиреоидэктомия со стернотомией и медиастинальной лимфодиссекцией. У одного больного из этой группы через год после операции диагностирован рецидив метастатического поражения средостения и метастазы в лимфоузлы шеи справа — выполнена рестернотомия, удаление метастаза + футлярно-фасциальная шейная диссекция справа. У 12 пациентов были диагностированы метастазы в лимфоузлы шеи со стороны поражения и метастазы в лимфатические узлы средостения. Им выполнена тиреоидэктомия с футлярно-фасциальной шейной диссекцией со стороны поражения + удаление метастазов из средостения из шейного разреза (8) или со стернотомией (4). Из этой группы умер один больной от прогрессирования заболевания. Все остальные живы без признаков рецидива.

Выводы. Оперативный метод является ведущим в лечении больных с папиллярным раком с N16, одномоментные операции не ухудшают непосредственных и отдаленных результатов.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЛИМФОДИСЕКЦИЯ ПРИ РЕЦИДИВНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чернышев В.А., Хамидуллин Р.Г., Рудык А.Н.

КОД МЗ РТ,
Казань, Россия

Цель. Выявить частоту и особенности поражения лимфоузлов центрального уровня у больных с рецидивом РЩЖ. **Материалы и методы.** За последние 8 лет оперировано 60 больных с рецидивом РЩЖ и у 14 из них обнаружены метастазы в пре- и паратрахеальные лимфоузлы, причем у 9 больных были только изолированные лимфогенные метастазы в VI уровне. **Результаты.** Женщин было 12, мужчин — 2, в возрасте от 32 до 71 года (средний возраст 50,5 лет). У 13 больных был папиллярный, у 1 — низкодифференцированный РЩЖ. Интервал между первой и повторной операцией составил от 1 года до 14 лет, в среднем — 5 лет. Объем первичной операции был в объеме резекции доли ЩЖ у 2, гемитиреоидэктомии у 6, субтотальной тиреоидэктомии у 3, гемитиреоидэктомии и шейной лимфодиссекции у 2, тиреоидэктомии с резекцией трахеи и шейной лимфодиссекцией у 1 больного. Объем повторной операции у больных заключался в выполнении: экстирпации ЩЖ и ЦЛД у 7, комбинированной экстирпации ЩЖ и ЦЛД у 2 больных (резекцией возвратного нерва у 1, окончательной резекции трахеи у 1) и экстирпации ЩЖ, шейной лимфодиссекцией и ЦЛД у 5 (у 1 больного со стернотомией и средостенной лимфодиссекцией). После операции у 3 больных были явления транзиторной гипопаратиреоза, у 2 — серомы раны. **Выводы.** Метастазы РЩЖ в лимфоузлы VI уровня появляются в разные сроки после первой операции и требуют выполнения повторной операции в объеме экстирпации ЩЖ и центральной лимфодиссекции, а при наличии метастазов на шее или в средостении — шейной и средостенной лимфодиссекции.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫПОЛНЕНИЮ ПРЕВЕНТИВНОЙ ДИСЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шевченко С.П., Сидоров С.В., Таранов П.А., Дымов А.А.

Новосибирский государственный университет,
Городская клиническая больница №1,
Новосибирск, Россия

Задачи исследования. Обосновать необходимость дифференцированного подхода к выполнению превентивной диссекции центральной клетчатки шеи (ЦКШ) при раке щитовидной железы (РЩЖ).

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 90 пациентов дифференцированным РЩЖ. Женщин было 82 (91,1%), мужчин — 8 (8,9%). Возраст — от 17 до 71 лет. Всем больным выполнялась экстрафасциальная тиреоидэктомия с диссекцией ЦКШ в превентивном варианте

Результаты. Папиллярный рак встречался в 78 случаях (86,6%), фолликулярный — в 12 (13,3%).

В 55,6% (50 пациентов) отмечено метастатическое поражение лимфоузлов ЦКШ: при фолликулярном раке — 16,7% (2 больных); при папиллярном — 61,5% (48 пациентов).

При анализе частоты метастатического поражения папиллярного рака в лимфоузлы 6 уровня в зависимости от локализации опухоли выявлено: при наличии опухоли в в/3 доли метастазы не выявлены, в ср/3 доли — в 84,6%, в н/3 доли — в 77,8%. Частота метастазирования в лимфоузлы ЦКШ зависит и от характеристики первичной опухоли по символу Т: при Т 1 — 40%, при Т 2 — 64,61%, при Т 3, Т 4 — 92,9%.

Интраоперационно у 15 пациентов выполнялась прямая лимфография: у 7 (46,7%) были выявлены метастазы в «сторожевом» и в «несторожевом» лимфоузлах ЦКШ; у 7 пациентов (46,97%) — метастазы отсутствовали в обеих группах, в 1 случае (6,6%) отмечен ложноотрицательный результат. Информативность составила 93,4%.

Выводы. Превентивная диссекция ЦКШ показана при папиллярном раке щитовидной железы при опухолях Т 3, Т 4 и локализации последней в ср/3 и н/3 доли. В остальных случаях и при фолликулярном РЩЖ, показания следует определять по результатам интраоперационной диагностики.

МИКРОКАРЦИНОМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Яйцев С.В., Кулаев И.А.

Государственная медицинская академия,
Челябинск, Россия

К особым формам рака щитовидной железы следует отнести тиреоидные микрокарциномы.

Папиллярная микрокарцинома диагностирована у 124 больных (8,0%) с этой формой опухоли. Выявлены существенные отличия в частоте регистрации микрокарцином в зависимости от фонового состояния органа. Так, из 858 больных, у которых папиллярные карциномы возникли в «неизмененной» щитовидной железе, микрокарциномы диагностированы у 29 пациентов или в 3,4 % наблюдений. В то же время у больных с папиллярной карциномой в сочетании с узловатым или диффузным коллоидным зобом микрокарциномы выявлены в 13,7% случаев, в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом — в 6,1%, а в сочетании с диффузным токсическим зобом — в 29,0% случаев. В литературе авторы также единодушны во мнении, что особенностью микрокарциномы является более высокая частота её развития на фоне другой патологии щитовидной железы (Малиновский Н.Н. и соавт., 1990; Henry J. et al., 1985; Hay I., 1990).

Метастазы в регионарные лимфатические узлы среди больных с папиллярными микрокарциномами выявлены в 8,1% наблюдений.

Фолликулярные микрокарциномы диагностированы у 15 больных или в 2,5% наблюдений. Частота их ниже, чем папиллярных микрокарцином (8,0%).

Медуллярные микрокарциномы выявлены лишь у двух больных, причем в сочетании с более крупными узлами такого же строения.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Яйцев С.В., Кулаев И.А.

*Государственная медицинская академия,
Челябинск, Россия*

В клинике лечилось 149 больных в возрасте до 20 лет. Среди них было 117 девочек, средний возраст $16,2 \pm 0,3$ лет, и 32 мальчика, средний возраст $14,3 \pm 0,7$ лет.

Папиллярная карцинома щитовидной железы диагностирована у 120 детей, подростков и юношей, что составило 80, 5% всех но-

вообразований этого органа у больных в возрасте до 20 лет. Регионарные метастазы выявлены у 38 детей (31, 6%). Из них у трех больных с T₄ стадией первичной опухоли выявлены отдаленные, гематогенные метастазы.

Фолликулярная карцинома верифицирована у 25 больных или в 16, 7 % наблюдений. При этой форме опухоли, также как и при папиллярной карциноме, метастазирование носило преимущественно регионарный характер, отдаленные метастазы не были обнаружены. Метастазы зарегистрированы у 4 пациентов.

Медуллярная карцинома диагностирована у 4 больных или в 2, 7% наблюдений опухолей детского и юношеского возраста. Метастазы, как в регионарные лимфатические узлы, так и в лимфоузлы средостения выявлены у 2 больных с T₄ стадией первичной опухоли.

Отличительными чертами рака щитовидной железы детского и подросткового возраста в сравнении с таковыми у взрослых больных являются:

- метастатический процесс регистрируется чаще (соответственно 29,5 и 11,7%) ($p < 0, 05$);
- мультицентрический рост карциномы также наблюдается чаще (27,5 %), чем у взрослых (14,1%)

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ В НИЗКО-ПОЛЕВОЙ ТОМОГРАФИИ

Балакин В.Е.⁽¹⁾, Биктимиров Э.Ф.⁽²⁾,
Гилязутдинов И.А.⁽³⁾, Жаворонков А.Е.⁽³⁾,
Салихов К.М.⁽²⁾, Сахапова Л.Р.⁽⁴⁾,
Фаттахов Я.В.⁽²⁾, Хабилов Р.А.⁽⁴⁾,
Хасанов Р.Ш.⁽⁵⁾, Хафизов Р.Т.⁽⁶⁾,
Юсупова Л.Р.⁽⁷⁾

¹ — Физико-технический центр Физического института
им. П.Н. Лебедева РАН,
Протвино, Россия,

² — Казанский физико-технический институт
им. Е.В. Завойского КазНЦ РАН,
Казань, Россия,

³ — Республиканский клинический онкологический диспансер,
Казань, Россия,

⁴ — Клиника Казанского медицинского университета,
Казань, Россия,

⁵ — Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
Казань, Россия,

⁶ — Байер Шеринг Фарма;

⁷ — Казанский государственный университет,
Казань, Россия

Целью исследования является оценка эффективности визуализации с применением контрастных веществ (КВ) при обследовании пациентов на низко-полевым томографе «ТМР-0.06-КФТИ» с индукцией магнитного поля 0.06 Тл.

Проанализированы литературные данные с целью оценить контрастные вещества с физической и медицинской точки зрения, выбора наиболее подходящие для обследования на низко-полевым томографе. Критерии, по которым нами было отобрано КВ: степень контрастирования слабо зависит от величины магнитного поля, концентрация КВ поддерживается в организме на достаточном уровне для проведения обследования на низко-полевым томографе, КВ хорошо переносится пациентом.

Результаты исследования на низко-полевым томографе сравнивались с данными обследования на высоко-полевым МРТ с индукцией магнитного поля 1.5 Тл. с применением и без контрастных веществ.

Наши предварительные исследования показали, что «Гадовист» наиболее эффективен для контрастирования новообразований в низких полях. Определена динамика нарастания контраста в организме для нахождения оптимального момента начала и длительности обследования на томографе. Проведены МР- исследования пациентов с различными онкологическими заболеваниями головного мозга и позвоночника: менингиома, невринома, метастазы.

Использование КВ позволило достоверно оценить эффективность визуализации истинного объема и распространенности опухолевого поражения головного мозга и других органов при обследовании на низко-полевым томографе.

ПРИМЕНЕНИЕ ИЗБИРАТЕЛЬНОЙ ХРОНОФОТОТЕРАПИИ С ХЛОРИНОМ Е6 У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА

Борисов В.А., Гусева О.А.* , Григорян С.С.*

Центр избирательной хронофототерапии, Москва, Россия,
*ГУНИИЗМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН,
Москва, Россия

Применение традиционных методов лечения (лучевой, хирургический) больных со злокачественными опухолями головы и шеи обеспечивает невысокий процент выживаемости (20-45%), т.к. способствует усугублению срыва иммунных механизмов сопротивляемости, вызванного антииммунным действием опухоли. Для коррекции возникших иммунологических нарушений применяли метод избирательной хронофототерапии (ИХФТ) с хлорином Е6.

Курс реабилитации проходили 18 человек со злокачественными опухолями головы и шеи III-IV стадии. Помимо оценки клинического состояния больного, томографического, гистологического обследования и ПЭТ проводили иммунологическое исследование, направленное на выявление нарушений в клеточном иммунитете. Методом иммунофенотипирования определяли следующие маркеры лимфоцитов: CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD38, CD54, CD71, CD95.

У всех больных отмечались: недостаточность Т-клеточного иммунитета, нарушения в системе моноцитов/макрофагов, низкая способность лимфоцитов к апоптозу, повышенный уровень НК-клеток и неактивированных В-лимфоцитов.

В ходе реабилитации методом ИХФТ с хлорином Е6 количество Т-лимфоцитов резко увеличивалось за счет возрастания Т-хелперов (50%) и/или цитотоксических Т-лимфоцитов (50%). Возрастал уровень активации Т- и В-клеток (CD38), моноцитов/макрофагов (CD54). Отмечалась тенденция к повышению экспрессии CD95 — маркера апоптоза. Одним из критериев оценки тяжести опухолевого процесса является высокий уровень экспрессии CD71. У первичных больных этот показатель на 7-10% превышал физиологическую норму. После проведения ИХФТ с хлорином Е6 экспрессия CD71 снижалась в 2 раза.

Таким образом, применение ИХФТ с хлорином Е6 стимулирует мобилизацию иммунных механизмов сопротивляемости опухолевому росту, что, возможно, приведет к повышению процента выживаемости больных со злокачественными опухолями головы и шеи.

БИОУПРАВЛЯЕМАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Борисов В.А., Загускин С.Л.

Центр биохронотерапии,
Москва, Россия

При фотодинамической терапии (ФДТ) в настоящее время используются фотосенсибилизаторы, имеющие максимум поглощения в красной области спектра. Пороговая для деструкции раковых клеток плотность мощности в этой области спектра сохраняется только для поверхностно расположенных опухолей. Цель работы — разработка методики деструкции глубоко расположенных опухолей и комплекса реабилитации онкологических больных после хирургических операций, лучевой и химиотерапии.

Использованы лазерные диодные модули ML500-SP и Sunny (PDT-662), предназначенные для ФДТ с хлорином Е6 и цифровой индикацией интенсивности флюоресценции. С помощью дополнительного разработанного нами устройства биоуправления по сигналам с датчиков пульса и дыхания, установленных на теле пациента, осуществлялась биосинхронизация лазерного воздействия только в фазах выдоха и диастолы (моменты уменьшения кровенаполнения ткани). Плотность мощности, длительность воздействия и соотношения глубин амплитудной модуляции несущей частоты 22,5 кГц по сигналам пульса, дыхания и тремора выбирали в соответствии размерами и типом опухоли, с наличием и характером дисбаланса артериальной и венозной частей капиллярного русла в месте локализации опухоли. Применяли комплекс реабилитационных мероприятий, включающий восстановление клеточного и гуморального иммунитета, нормализацию показателей крови и основных функций организма.

Результаты реабилитации более тысячи больных, включая 72 пациента с глиомами мозга и опухолями шеи, при 14% положительного эффекта указывают на перспективность использованной методики. Фактическое отсутствие интоксикации у больных, подвергавшихся ФДТ в режиме биоуправления, свидетельствует в пользу предположения об индукции апоптоза клеток опухоли со стороны поверхностно расположенных клеток. Лазерная биосинхронизация ритмов золь-гель переходов в этих клетках, вероятно, обеспечивает генерацию собственных излучений этих нормальных клеток, воздействующих на клетки опухоли. Эффект зависит от комплекса реабилитационных мер.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ ПО ОБЪЕМУ РЕГРЕССИИ ОПУХОЛИ И СОСТОЯНИЮ ИММУНИТЕТА

Буйкова М.Е., Кузьмина Е.Г., Андреев В.Г.,
Вдовина С.Н., Панкратов В.А.

ГУ МРНЦ РАМН,
Обнинск, Россия

Задача. Сопоставить эффективность химиолучевого лечения больных раком гортани с состоянием иммунитета.

Материалы и методы. В исследование включены 94 больных раком гортани 3 стадии. Лечение начинали с лучевой терапии в традиционном режиме фракционирования до СОД 30-40Гр с одновременным применением полихимиотерапии и воздействия инфракрасного лазера на область гортани в течение 10 мин перед облучением. Через 2 недели визуально оценивали регрессию опухоли: при регрессии более 50% продолжали лучевую терапию, менее 50% проводили хирургическое лечение. Сравнили реакцию иммунной системы больных на проведенную терапию.

Методом проточной цитофлуориметрии определяли основные популяции и субпопуляции иммунокомпетентных клеток Т-, В-, НК-клеток,

активацию Т-клеток, уровни сывороточных иммуноглобулинов М, G, А-классов и циркулирующих иммунных комплексов, цитотоксичность естественных киллеров, фагоцитарную активность (ФГА) нейтрофилов.

Результаты. Больные разделились на 2 группы: первая 64 человека (68%) — регрессия опухоли более 50%, вторая 30 человек (32%) — менее 50%. В первой группе отмечено снижение до нормы исходно повышенных уровней лейкоцитов и лимфоцитов, определенная степень снижения ниже нормы количества Т- и В-клеток и пролиферации Т-клеток, индуцированной ФГА. Во 2-й группе снижение числа Т- и В-клеток выражено сильнее. Кроме того, отмечено развитие более сильных местных воспалительных постлучевых реакций, что выражалось более значительным повышением уровня сывороточного иммуноглобулина А-класса.

Заключение. Отмечается высокая эффективность химиолучевого лечения рака гортани 3 ст. Регрессии опухоли более 50% достигнута у 68%, больных с меньшей степенью компрометации состояния иммунной системы. Регрессия опухоли менее 50% происходит на фоне большей индивидуальной радиочувствительности клеток иммунной системы и сопряжена с развитием местных постлучевых реакций.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЗОН ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АЛГЕБРАИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИЗОБРАЖЕНИЯМИ В МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Губский Л.В., Анисимов Н.В.,
Гуляев М.В., Пирогов Ю.А.

ЦМТС МГУ им. М.В. Ломоносова,
Москва, Россия

Рассматривается способ обработки данных в магнитно-резонансной томографии (МРТ), основанный на алгебраических операциях (вычитание, умножение и т.д.) с идентичными по локализации изображениями. Целью операций является улучшение дифференциации тканей и эмуляция МР-изображений, которые невозможно получить при обычном сканировании. Выбор алгебраических операций основан на известной теоретической зависимости МР-сигналов от параметров использованных режимов сканирования и влиянии на яркость пикселей МР — изображения алгебраических операций над этими изображениями.

Материалы и методы. На 0.5 Тл томографе Tomikon S50 (Bruker) получены изображения в режимах T2, FLAIR (T1=1300 мс), STIR (T1=80 мс), DIRa (T1/T2=1300/80 мс), DIRb (T1/T2=550/80 мс) при TR/TE=5600/80 мс. Для эмуляции режимов STIR или FLAIR производилось точечное вычитание изображений, соответственно: T2-FLAIR или T2-STIR. Для эмуляции режимов с одновременным подавлением сигналов нормальной ткани производилось перемножение разностных изображений с FLAIR и STIR. Кроме того, перемножались FLAIR и STIR, а также DIRa и DIRb.

Результаты. Операция вычитания T2-FLAIR давала результат, аналогичный режиму STIR, что способствовало выявлению дермоидных кист, образований в подкожно-жировой клетчатке, дифференциации тканей у основания черепа. В некоторых случаях операция (T2-FLAIR)xFLAIR давала результат, аналогичный режиму DIR, что позволило выявить послеоперационные изменения в оболочках мозга. С помощью операции (T2-FLAIR)xFLAIR было реализовано селективное выделение дермоидной кисты на МР-изображении в виде зоны гиперинтенсивного сигнала на темном фоне. При операции (DIRa)x(DIRb) эмулировалось подавление сигналов от 3 тканевых компонентов — воды, жира и отечно-воспалительных изменениях слизистых носа и его придаточных пазух, что обеспечивало наиболее благоприятные условия визуализации внутричерепных объемных образований.

Выводы. Применение алгебраических операций с МР-изображениями позволяет повысить информативность МРТ исследований за счет эмуляции дополнительных режимов сканирования, что особенно полезно при исследовании внутричерепных объемных образований.

ПРИМЕНЕНИЕ МИЛЛИМЕТРОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гуляев А.И., Лисенкова Л.А., Синицын Н.И., Ёлкин В.А.

Саратовский филиал Института радиотехники и электроники им. В.А. Котельникова РАН, Саратов, Россия

Хотя узел в щитовидной железе всегда вызывает онкологическую настороженность и предполагает необходимость исключения злокачественного новообразования, стоит вопрос о развитии максимально доступных, ненагрузочных и максимально атравматичных методов лечения.

При планировании исследований в области использования миллиметровой (КВЧ) терапии при заболеваниях щитовидной железы вопрос о вероятности её эффективного применения при узловом зобе казался нам по меньшей мере дискуссионным, поскольку в подавляющем большинстве исследователи скептически относились к представлению о возможности обратного развития истинной доброкачественной опухоли под воздействием низкоинтенсивного неионизирующего КВЧ-излучения. Действительно, получение таких результатов отчасти противоречило бы ряду современных представлений о закономерностях опухолевого роста. В частности, в своих работах мы сами подчёркивали, что наличие истинных узлов щитовидной железы является абсолютным показанием к хирургическому лечению. Тем не менее, в наших наблюдениях отмечается ряд клинических результатов, когда воздействие миллиметровыми волнами на резонансных частотах воды на проекцию щитовидной железы у пациентов, у которых были диагностированы узлы щитовидной железы, отмечалось значительное уменьшение или полное исчезновение таких узлов. Специально следует отметить, что у этих пациентов КВЧ-терапия стала применяться нами только после их собственного категорического отказа от оперативных вмешательств.

Наши наблюдения демонстрируют эффективность применения КВЧ-терапии при наличии диагностированной истинной доброкачественной опухоли щитовидной железы на фоне тяжёлой генетической отягощённости по тиреоидной патологии и онкозаболеваниям.

Часть больных узловым зобом после проведённой миллиметровой терапии всё же перенесли хирургическое лечение. Проведённое после операций патогистологическое исследование показало, что в этих наблюдениях ни разу не было выявлено признаков злокачественного роста, в то время как у пациентов наблюдалось улучшение течения основного заболевания и общего состояния.

На основании данных клинически весьма успешно протекавших наблюдений, разумеется, невозможно делать далеко идущие выводы об окончательных рекомендациях при наличии истинных узлов щитовидной железы. Тем не менее, пройти мимо таких наблюдений было бы неправильно. В то же время, если дальнейший клинический опыт подтвердит возможность эффективного использования КВЧ-терапии при узловых формах зоба, это позволит поставить вопрос о возможности обоснованного выбора не связанных с оперативным вмешательством атравматичных, ненагрузочных методов лечения при данной патологии, которую большинство авторов и мы сами до последнего времени считали абсолютным показанием для хирургического лечения. При применении разработанного терапевтического метода не отмечено отрицательных побочных эффектов.

Следует особо подчеркнуть, что сочетание миллиметрового излучения с воздействием на облучаемую зону щитовидной железы наноструктурированной поверхности ряда натуральных минералов кристаллической структуры, как впервые показали исследования авторов, приводит к увеличению эффективности и глубины проникновения КВЧ-излучения в ткани, улучшению микроциркуляции крови за счёт развития процессов структуризации внутритканевой воды и, в итоге, к увеличению эффективности терапии. На данном пути открываются перспективы рождения нового прогрессивного направления в биомедицинской радиоэлектронике — миллиметровой наноструктурной медицины (КВЧ-кристаллотерапии).

Данные исследования частично поддержаны грантом № 08-02-00987 (02-910) РФФИ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРВАСКУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ

Залуцкий И.В., Белоцерковский И.В., Акинфеев В.В.

ГУ РНПЦ онкология и медицинская радиология им. Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь

Цель. Определить эффективность предоперационной эмболизации при хирургическом лечении гиперваскулярных опухолей головы и шеи.

Материалы и методы. Произведен анализ хирургического лечения 55 больных 20 (36%) женщин, 35 (64%) мужчин, возраст от 8 до 65 лет, средний возраст — 36 лет).

В 17 (31%) случаях была каротидная параганглиома, в 4 (7%) — вагальная, в 12 (22%) — югулярная, в 22 (40%) — ювенильная ангиофиброма носоглотки. Всем больным за 3-5 дней до операции выполнялась каротидная ангиография и эмболизация ветвей наружной сонной артерии (НСА), кровоснабжающих опухоль. В качестве эмболизирующих веществ использовались частицы гемостатической губки и микроспираль — 20 случаев, частицы поливинилалкоголя (ПВА) — 18 случаев, микросферы ПВА (Bead Block) — 17.

Результаты. После проведения эмболизации на ангиограммах зафиксирована тотальная деваскуляризация — 44 (80%) случаев, субтотальная — 11 (20%). 53 (96%) пациента прооперированы через 3-5 дней после эмболизации. У 2 (4%) пациентов во время эмболизации произошел малый ишемический инсульт (с восстановимым неврологическим дефицитом), и эти больные прооперированы через 14 дней. Средняя кровопотеря составила $134,2 \pm 9,6$ мл ($p < 0,001$).

Заключение. Применение предоперационной эмболизации ветвей НСА у больных гиперваскулярными опухолями головы и шеи позволяет выполнить радикальное хирургическое вмешательство со значительным уменьшением интраоперационной кровопотери.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Клишо Е.В., Кондакова И.В., Чойнзонов Е.Л., Шишкин Д.А., Черемисина О.В., Чижевская С.Ю.

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Для прогноза развития плоскоклеточных карцином головы и шеи (ПКГШ) часто возникает потребность в дополнительных прогностических маркерах, среди которых особое место занимают матриксные металлопротеиназы (ММП).

Материалы и методы исследования. Исследована сыворотка 112 больных ПКГШ стадии $T_{1-3}N_{0-3}M_0$, забранная до начала лечения, методом ИФА. Значимость ферментов оценивали однофакторным анализом прогностической значимости признаков с помощью критерия Гехана-Вилкоксона и log-рангового критерия.

Результаты. Общая 2-летняя выживаемость была достоверно выше у больных ПКГШ при уровне содержания ММП-9 в сыворотке крови менее 550 нг/мл по сравнению с больными, у которых было более высокое содержание фермента ($p < 0,01$). Учитывая, что прогрессирование опухолевого процесса у 30,4% больных происходило за счет развития рецидивов опухоли, было выявлено, что безрецидивная выживаемость достоверно выше у больных с содержанием ММП-9 в сыворотке крови ниже 550 нг/мл по сравнению с больными с более высоким уровнем ММП-9 ($p < 0,05$). Кроме того, безметастатическая выживаемость была достоверно выше у больных с уровнем содержания ММП-2 в сыворотке крови менее 250 нг/мл и с уровнем содержания ММП-9 менее 550 нг/мл чем у больных с более высоким содержанием ферментов ($p < 0,01$).

Заключение. Высокий уровень содержания ММП-9 в сыворотке крови является признаком плохого прогноза 2-хлетней общей, безрецидивной и безметастатической выживаемости больных ПКГШ. Высокая вероятность возникновения метастазов у больных опухолями головы и шеи связана с высокими уровнями как ММП-2, так и ММП-9 в сыворотке крови, исследованной до начала лечения.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ АНТИОКСИДАНТНОГО-ПРООКСИДАНТНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Масленникова А.В., Щербатюк Т.Г., Лазарева В.А., Давыденко Д.В., Герасимова А.В.

*ГОУ ВПО НижГМА Росздрава,
Нижний Новгород, Россия*

Цель — оценить значение показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы в отношении исхода заболевания у больных местно-распространенным плоскоклеточным раком головы и шеи.

Материалы и методы. С октября 2005 по март 2008 года в исследование были включены 65 больных раком полости рта, глотки и гортани III-IV стадии. Всем пациентам проводился один индукционный курс ПХТ, затем одновременное химиолучевое лечение расщепленным курсом до СОД 68-72 Гр. До начала лечения осуществлялось исследование активности свободнорадикальных процессов: состояние прооксидантного статуса определяли по содержанию в плазме малонового диальдегида (МДА), состояние ферментативного звена антиоксидантного статуса — по содержанию супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы эритроцитов.

Результаты. В зависимости от исхода заболевания пациенты разделились на 2 группы. В группу «благоприятного прогноза» вошли 36 больных, завершивших лечение в соответствии с планом, прогрессирование у которых возникло не ранее, чем через 6 месяцев после окончания лечения. Общая одногодичная выживаемость в данной группе оказалась равной 91,1%, трехлетняя — 38%, медиана выживаемости — 20 месяцев. Среднее содержание МДА составило $3,35 \pm 1,18$ единиц, средняя активность супероксиддисмутазы — $153,53 \pm 15,37$ единиц, каталазы — $26,19 \pm 0,73$ единиц. Двадцать два пациента вошли в группу, условно названную группой «неблагоприятного прогноза». Все больные из этой группы умерли в течение 12 месяцев с момента начала лечения, медиана выживаемости в ней оказалась равной 5 месяцам. Средний уровень МДА в группе «неблагоприятного прогноза» составил $10,92 \pm 3,09$ относительных ед., активность супероксиддисмутазы — $15,96 \pm 1,13$ ед., каталазы — $32,86 \pm 0,57$ ед. Различия показателей как прооксидантного, так и антиоксидантного статуса между группами «благоприятного» и «неблагоприятного» прогноза оказались статистически значимыми ($p=0,01$) так же, как различия между группами по критерию общей выживаемости ($p<0,001$).

Таким образом, показатели антиоксидантного-прооксидантного статуса больных местно-распространенным раком головы и шеи позволяют косвенным образом судить о прогнозе заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА РОСТ КЛЕТОЧНОЙ ПОПУЛЯЦИИ IN VITRO

Писаренко Е.М., Котин В.В.¹, Ершов Ю.А.¹

*ФГУП «Всероссийский научно-исследовательский институт оптико-физических измерений»,
Москва, Россия*

В биологии и медицине важным и трудоемким является процесс подбора оптимальных концентраций цитотоксических препаратов. В данной работе приведен пример применения математических моделей для количественной оценки влияния цитотоксических агентов на рост клеточной популяции in vitro.

Материалы и методы. В рамках данной работы сформулированы и сопоставлены с экспериментом два типа математических моделей: экотоксикологическая модель и модель на базе концепции клеточных автоматов. В качестве объекта моделирования рассматривался рост in vitro клеточной популяции *Saccharomyces cerevisiae* под действием ингибиторов (например, при различных концентрациях соли, содержащей ионы $AgNO_3$).

Результаты. В рамках экотоксикологической модели при помощи дифференциальных уравнений была описана кинетика цепного роста и ингибирования роста клеточной популяции, состоящей из растущих и зрелых особей. В модели учитываются такие параметры, как плотность растущих и зрелых особей и набор кинетических коэффициентов автоингибирования, рождения, роста и размножения популяционной цепи с учетом влияния концентрации ингибиторов.

В рамках модели клеточных автоматов (КА) сформулированы и реализованы алгоритмы поведения ячейки КА в зависимости от значения кинетических коэффициентов и концентрации ингибитора. Кинетические коэффициенты определяются экспериментально.

Выводы. Полученные при помощи моделирования результаты хорошо согласуются с экспериментальными данными (погрешность не превышает 20%), что позволяет использовать модель для расчета значений концентраций ингибитора в зависимости от требуемого эффекта воздействия.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАНОСТРУКТУРИРОВАННЫХ ГИДРОКСИАПАТИТОВ В ОНКОЛОГИИ

*Решетов И.В., Филюшин М.М., Батухтина Е.В.,
Ратушный М.В., Севрюков Ф.Е.*

*ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена,
Москва, Россия*

Для реконструкции тканевых дефектов, образующихся после обширных хирургических вмешательств в настоящее время используются различные методы алло- и аутотрансплантации, а также осуществляется поиск и разработка новых биосовместимых материалов для восстановления дефектов. Среди множества биоматериалов перспективными являются пористые керамические материалы на основе фосфатов кальция в связи с их близостью по составу с внеклеточным веществом кости. Глицерофосфат кальция, входящий в состав биокерамики, является индуктором остеогенной дифференцировки для мезенхимальных стволовых клеток, а пористость обеспечивает развитую поверхность и эффективную неоваскуляризацию.

В МНИОИ им. П.А. Герцена в экспериментах in vitro на модели фибробластов человека, был осуществлен скрининг ряда образцов биокерамики, синтезированной в ИПК РАН. Были отобраны наиболее нереактивные образцы, отвечающие современным требованиям, предъявляемым к биоматериалам: отсутствие цитотоксичности, наличие выраженных адгезивных свойств, развитая поверхность.

В экспериментах *in vivo* на модели подкожной трансплантации мышам линии BDF1 установлено, что на всех сроках наблюдения как макро-, так и микропризнаков отторжения трансплантатов ГАП и реакции воспаления вокруг них не наблюдается, что свидетельствует о их биосовместимости.

Полученные в экспериментах результаты позволили перейти к клиническим испытаниям пористой керамической биокерамики с целью ее использования для возмещения дефектов костей у онкологических больных. Испытания керамических гранул на основе фосфата кальция производства ИМЕТ РАН были проведены на базе отделения микрохирургии ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена на 20 пациентах (табл.), находящихся в стационаре на разных этапах специального противоопухолевого лечения.

Таблица. Распределение больных по группам

Диагноз	Операция	Количество больных
Рак слизистой полости рта с деструкцией тела нижней челюсти. Состояние после химиолучевой терапии.	Резекция слизистой полости рта с плоскостной резекцией тела нижней челюсти и восстановлением альвеолярного отростка нижней челюсти.	8
Рак решетчатого лабиринта. Состояние после курса предоперационной лучевой терапии и нерадикального хирургического лечения. Остаточная опухоль.	Краниофациальная резекция.	3
Рак кожи волосистой части головы с вовлечением костей свода черепа.	Удаление опухоли кожи скальпа с резекцией костей свода черепа.	5
Опухоли с вовлечением костных структур области головы и шеи других локализаций.	Удаление опухоли с одномоментной реконструкцией костным аутотрансплантатом.	4

Послеоперационный период оценивали: по клиническому течению раневого процесса (наличию отека и гиперемии слизистой оболочки в области хирургического вмешательства, состоятельности швов, общей температурной реакции организма), клинико-лабораторным показателям (общий анализ крови, биохимический анализ крови), рентгенологически (рентгенография и КТ-картина состояния области пластики костного дефекта и окружающих тканей). Во всех 20 случаях отмечено заживление операционной раны первичным натяжением; швы сняты на 10-14 сутки. Контрольный осмотр и рентгенологический контроль осуществляли через 1-2 мес.

Медицинские испытания керамических гранул на основании фосфата кальция производства ИМЕТ РАН показали целесообразность их использования в онкологии для восстановления костных дефектов при хирургических вмешательствах. Материал удобен и прост в применении, обеспечивает адекватное заполнение костных дефектов. Аллергических и местновоспалительных реакций при использовании керамических гранул на основе фосфата кальция не отмечено.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ МИКРОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Решетов И.В., Тычинский В.П., Славнова Е.Н.,
Сухарев С.С., Клемешов И.В., Иванов Ю.С.,
Голубцов А.К.

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена,
Москва, Россия

Цель настоящего исследования – изучение возможностей новых методов микроскопии: метода когерентной фазовой микроскопии и атомно-силовой микроскопии в диагностике папиллярного рака щитовидной железы.

Материалом для исследования послужили соскобы с опухолей и окружающих тканей щитовидной железы, полученные от 19 больных папиллярным раком щитовидной железы. Для анализа морфологии и прижизненной динамики клеток использовали когерентный фазовый микроскоп (КФМ «Эйрискан»). Для анализа микрорельефа поверхностей клеток использовали исследовательский комплекс Интеграна на основе атомно-силового микроскопа (АСМ) производства «ЗАО НТ НДТ» (г. Зеленоград, Россия).

Использование нового метода КФМ позволило обнаружить различия между нормальными клетками и клетками рака в фазовых изображениях, а также в спектрах флуктуации фазовой толщины, отражающих функциональное состояние клетки.

Новые возможности метода КФМ проявились в: - исследовании живых, неокрашенных клеток; получении более четких границ цитоплазмы, ядра, ядрышек, что позволило произвести точные морфометрические измерения размеров ядра, ядрышек в полуавтоматическом режиме; измерении ядрышко-ядерного соотношения суммы значений фазовой толщины; в клетках папиллярного рака щитовидной железы оно в 2 раза больше, чем в нормальных клетках; получении объемных изображений клеток, исследовании поверхностей клеток и ядер, при этом раковые клетки имели неправильную форму и бугристую поверхность; исследовании оптических свойств ядра и цитоплазмы, что позволило более детально изучить структуру цитоплазмы, хроматина, определить внутриядерные включения. В ядрах обнаруживаются включения цитоплазмальной природы, что особенно важно в диагностике папиллярного щитовидной железы.

Измерение флуктуаций фазовой толщины (ФТ) позволило получить дополнительную информацию о функциональном состоянии живых клеток, свидетельствующую о различии метаболических процессов в нормальных и раковых клетках.

В «нормальных» клетках щитовидной железы и клетках папиллярного рака наблюдались периодические изменения функциональной активности в ядрышке, ядре и цитоплазме: при снижении метаболических процессов в ядре они увеличивались в цитоплазме, и наоборот. Эти изменения сопровождались явлениями секреции.

Использование АСМ позволило получить различия для нормальных клеток и клеток папиллярного рака щитовидной железы.

Новые возможности проявились в разнице микрорельефа поверхностей опухолевых клеток. При папиллярном раке на поверхности ядра клеток в отличие от нормальных клеток четко определяются от 1 до 4 ядрышек высотой от 50 до 150 нм. В ядрах части клеток папиллярного рака определяются внутриядерные включения цитоплазмы, глубина которых позволяет дифференцировать их с дистрофическими изменениями.

Таким образом, преимущество методов КФМ и АСМ состоит в возможности объективизировать данные цитологического исследования, получить количественные значения морфологических параметров и на их основании делать статистически более достоверные выводы о патологическом процессе и прогнозе его течения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПЫТАНИЙ ТИТАНОВЫХ ПЛАСТИН С НАНОСТРУКТУРНЫМ ПОКРЫТИЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Решетов И.В., Штанский Д.В.,
Филюшин М.М., Сухарев С.С.**

МНИОИ им. П.А. Герцена.
Государственный институт стали и сплавов
(Технологический университет),
Москва, Россия

Лучевая и химиотерапия, необходимые при комплексном лечении опухолевой патологии, значительно уменьшают регенераторные способности организма и ведут в 10-15% к отторжению синтетических материалов, применяемых при реконструкции костных дефектов челюстно-лицевой зоны. Для реконструкции тканевых дефектов, образующихся после обширных хирургических вмешательств.

в настоящее время используются различные методы алло- и ауто-трансплантации, а также осуществляется поиск и разработка новых биосовместимых материалов для восстановления дефектов. Среди множества биоматериалов перспективными являются пористые керамические материалы на основе фосфатов кальция в связи с их близостью по составу с внеклеточным веществом кости. Современные биоматериалы, используемые в реконструктивной хирургии, должны обладать высокой прочностью, повышенной коррозионной и износостойкостью, хорошей биологической совместимостью и нетоксичностью. В то время как многие металлы и сплавы соответствуют многим из этих требований, они обеспечивают достаточно неплотное соединение между металлической поверхностью и костной тканью. Для обеспечения наиболее эффективного контакта между костными фрагментами и имплантатом необходимо наличие многофункционального биологически активного наноструктурного покрытия на поверхности имплантата. На базе МНИОИ им. П.А. Герцена проведены экспериментальные работы по имплантации в область костного дефекта титановых пластин с различными вариантами биокерамического напыления. Использовались две группы крыс, каждая из которых включала четыре животных. Животным выполнялась трепанация теменной кости размером до 3–4 мм с замещением костного дефекта титановой пластиной соответствующего размера с наноструктурным биокерамическим напылением и титаном без напыления.

Животные обеих групп выводились из эксперимента на 15 и 30 сутки с предварительным рентгенологическим исследованием и последующим морфологическим исследованием области хирургического воздействия.

Данные рентгенологического исследования показали отсутствие патологической периостальной реакции вокруг имплантации титана в обеих группах и восстановление опорной функции резецированного костного фрагмента.

При гистологическом исследовании и электронной микроскопии имплантированных образцов титана (без напыления и с биокерамическим напылением) выявлено плотное заселение пористого биокерамического покрытия остеобластами с началом неоостеогенеза; подобной картины на поверхности титана без биокерамического покрытия не отмечено.

Полученные в эксперименте данные свидетельствуют о принципиальной возможности использования некоторых образцов титана с биокерамическим напылением при замещении костных дефектов при реконструктивно-пластических операциях на челюстно-лицевой зоне.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Романко Ю.С., Попучиев В.В.

*Медицинский радиологический научный центр,
Обнинск, Россия*

Фотодинамическая терапия (ФДТ) основана на взаимодействии трех нетоксичных компонентов — фотосенсибилизатора (ФС), способного селективно накапливаться в опухолевой ткани, света и кислорода. При локальном облучении опухоли светом определенной длины волны, соответствующей пику поглощения сенсибилизатора, в опухоли начинается фотохимическая реакция с образованием высокоактивных биологических окислителей — синглетного кислорода и других свободных радикалов, оказывающих токсическое воздействие на строму и паренхиму опухолевого узла. Противоопухолевые эффекты данного вида лечения обусловлены комбинацией прямого фотоповреждения клеток, разрушения сосудистой сети опухоли и активации иммунного ответа. Базально-клеточный рак кожи (БКРК) является наиболее распространенным эпителиальным новообразованием кожи, при лечении которого традиционными методами развитие рецидивов, по данным разных авторов, может достигать 48%.

Цель данной — работы изучить эффективность фотодинамической терапии с применением фотосенсибилизаторов различных классов при лечении базально-клеточного рака кожи.

Результаты ФДТ 139 больных БКРК с использованием ФС «Фотогем», «Фотосенс», «Фотолон» и «Фотодитазин» показали, что

непосредственная регрессия опухоли отмечалась в 76, 76, 85 и 95%, а 3х-летняя безрецидивная выживаемость составила 54,0, 71,0, 90,4 и 92,3% соответственно. Установлена целесообразность применения ФДТ с предварительным (за 3 часа до сеанса облучения) внутривенным введением ФС «Фотолон» из расчета 2,5 мг/кг и ФС «Фотодитазин» из расчета 0,8 мг/кг веса за 1,5 часа до сеанса облучения. Показано, что использование методик с применением ФС хлоринового ряда практически исключает развитие осложнений, побочных реакций и значительно сокращает сроки проведения радикального лечения больных раком кожи.

АКТИВНОСТЬ ПРОТЕАСОМ И ИХ СОСТАВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Спирина Л.В., Кондакова И.В., Чойнзонов Е.Л.,
Чижевская С.Ю., Мухамедов М.Р., *Шарова Н.П.*

*НИИ онкологии СО РАМН, * ИБР им. Н.К. Кольцова РАН,
Томск, Россия*

Развитие плоскоклеточных карцином головы и шеи (ПКГШ) связано с нарушением регуляции основных клеточных процессов (пролиферация, апоптоз и др.), которое регулируется внутриклеточной протеасомной системой.

Материалы и методы исследования. Исследована активность протеасом и их состав у 23 больных ПКГШ стадии $T_{1-3}N_{0-3}M_0$ в опухоли и неизмененной ткани флюориметрическим методом и методом Вестерн блоттинг.

Результаты. Тотальная активность и активность пула 20S протеасом в опухолевой ткани была достоверно выше по сравнению с окружающей неизмененной тканью. Содержание $\alpha 1\alpha 2\alpha 3\alpha 4\alpha 5\alpha 6\alpha 7$ субъединиц протеасом в опухоли было значительно ниже и составило $38,1 \pm 7,4\%$ от неизмененной ткани. В то же время содержание иммунных LMP7 и LMP2 субъединиц было выше и составило соответственно $264,0 \pm 26,9\%$ и $170,2 \pm 18,0$ от из уровня в неизмененной ткани. Содержание комплекса PA28 β , характеризующего количество 26S протеасом, увеличивалось на 41% у больных со стадией T_{3-4} по сравнению с больными T_{1-2} , тогда как процентное содержание LMP7 снижалась в этих группах больных на 30,6%.

Выводы. Высокая активность протеасом в ткани опухоли наблюдалась при низком содержании белка. Вероятно, увеличение активности протеасом и пула 20S происходит за счет увеличения в составе протеасом субъединиц LMP7 и LMP2. Изменение содержания PA28 β и LMP7 при увеличении размера опухоли может иметь практическое значение.

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (грант № 08-04-00616).

ВЕЛИЧИНА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ЯРКОСТИ СИГНАЛА ПРИ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОМ ИССЛЕДОВАНИИ КЕРАТОПАПИЛЛОМ КОЖИ И МЕЛАНОМ УЗЛОВОГО ТИПА СТРОЕНИЯ

Стаханов М.Л., Вельшер Л.З., Мазурова М.П., Астраханцев А.Ф., Решетов Д.Н., Цалко С.З.

*Кафедра онкологии и лучевой терапии ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава,
Центральная клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД»,
Москва, Россия*

При первичной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей кожи, особенно в случаях сходного макроскопического типа строения, дополнительные методы исследования, в том числе и методы лазерной диагностики, имеют большое значение.

С помощью комплекса флуоресцентной диагностики мы проводим неинвазивную дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных опухолей кожи.

При гистологическом исследовании кератопапиллом определяются характерные сосочковые выросты, покрытые высококодифференцированным многослойным плоским эпителием. На поверхности сосочковых выростов, а также между ними нередко обнаруживаются в большом количестве роговые чешуйки. Гиперкератоз резко выражен. Эпителий содержит все слои, свойственные нормальному эпидермису и образует акантотические разрастания в глубь дермы.

Величина относительной яркости при исследовании кератопапиллом кожи имеет вариацию от 16,96 до 246,31%, составляя в среднем $103,13 \pm 28,86\%$.

При гистологическом исследовании меланом определяется типичная морфологическая картина узловой формы опухоли в фазе вертикального роста, представленной, по нашему материалу (35 случаев), преимущественно эпителиоподобными и, в меньшей мере, веретенообразными клеточными элементами.

При аутофлуоресцентном исследовании меланом величина относительной яркости этого типа опухоли имеет вариацию от 9,10 до 44,02%, составляя в среднем $22,63 \pm 4,23\%$.

При сравнении средних показателей величин относительной яркости этих двух типов опухолей кожи определяется статистически значимое различие ($t=2,76$; $p<0,05$). Различие в средних показателях — 80,5%. Это различие, возможно, обусловлено значительным усилением возвратного сигнала, которое связано со значительной площадью отражения.

Таким образом, величина значений относительной яркости кривой аутофлуоресценции обусловлена гистологическими особенностями (различиями) строения кератопапиллом и меланом узлового типа строения, что может быть использовано при дооперационной диагностике.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ БИОТЕРАПИИ НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Стрельцова Е.А., Решетов И.В., Дайхес Н.А., Каркищенко Н.Н., Семёнов Х.Х.

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Для разработок новых методов терапии злокачественных опухолей требуются модели, отвечающие следующим характеристикам: 1) моделирование эксперимента, применимого у человека; 2) использование человеческих образцов опухолей; 3) отсутствие у лабораторных животных реакций отторжения чужеродной ткани.

Материалы и методы. Для создания экспериментальной модели требуется животное, позволяющее по своим иммунологическим свойствам выполнить подсадку чужеродной ткани трансгенным животным (бестимусным мышам). В искусственно созданный дефект костей черепа имплантируется образец опухоли человека с экспрессией EGF-г. При отсутствии реакции отторжения исследователь получает наглядный образец интересующего его гистологического типа опухоли.

Методика эксперимента заключается в следующем: под оптическим увеличением через срединный продольный разрез кожи в лобно-теменной области формируется надкостничный лоскут методом гидропрепаровки, после чего создаётся дефект в теменной кости диаметром около 0,3-0,5 мм². Имплантированная культура опухоли укрывается заранее сформированным надкостничным лоскутом; далее производится послойное ушивание раны. Животные подлежат ежедневному послеоперационному мониторингу.

Полученные результаты. В МНИОИ им. П.А. Герцена совместно с ГУ НЦ БМТ РАМН по разработанной нами методике было прооперировано 40 животных. Пять животных погибло на этапе вводного наркоза и в раннем послеоперационном периоде. У остальных животных в послеоперационном периоде осложнений не выявлено. Им-

плантируемая опухолевая ткань прижилась. На 7-21 сутки животные выводились из эксперимента, морфологический (иммуногистохимия, иммуноцитохимия) анализ имплантируемой опухоли продемонстрировал сохранение её биологических свойств.

Выводы. Созданная экспериментальная модель опухоли головы и шеи полностью отвечает требованиям для проведения опытов, посвященных проблемам биологии злокачественных опухолей. Сохранение биологических свойств опухоли является основным критерием, определяющим дальнейшую возможность работы исследователя.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОПОЗЗА У БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ (ПРГШ) ПРИ НАЛИЧИИ КОСТНОМАЗГОВЫХ МИКРОМЕТАСТАЗОВ

Тимонина Е.Г.¹, Подвизников С.О.¹, Чегринцев О.А.², Френкель М.А.², Колбачкая О.П.², Тулицын Н.Н.²

¹ — ГОУ ДПО РМАПО, Москва,

² — ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Применение современных методов молекулярной диагностики микрометастазов ПРГШ на основе экспрессии гена E48 (продукт специфичен для многослойного плоского и переходного эпителия) позволяет обнаружить поражение костного мозга в 40% случаев (D. Colnot et al., 2004). Нами было проведено исследование гемопозза у 38 больных ПРГШ. При анализе миелограмм приблизительно у половины больных (41%) отмечалось снижение клеточности аспирата костного мозга. Независимо от числа миелокариоцитов было констатировано уменьшение числа молодых форм нейтрофилов, увеличение сегментоядерных элементов, лимфоцитов и моноцитов. В ряде случаев определялось увеличение числа мегакариоцитов. В трех случаях была выявлена нормоцитарная нормохромная анемия при IV стадии заболевания с наличием метастатического поражения лимфатических узлов. При анализе миелограмм этих больных, сумма клеток красного ряда была в пределах нормы, однако индекс созревания нормобластов у двух из них был снижен.

Цитологическим методом метастатического поражения костного мозга не выявлено. Стандартным методом ОТ-ПЦР экспрессия гена E48 не выявлялась (РНК из $0,4-5,4 \times 10^7$ миелокариоцитов). С целью повышения чувствительности ОТ-ПЦР нами на модельной системе (клетки линии A431) были использованы высокочувствительные методы иммуно- и радиоактивного проявления. В результате проведенного исследования у 17 больных микрометастазы выявлены в 6 случаях (35,3%). Достоверных различий по большинству показателей миелограммы и по клеточности костного мозга между группами больных с поражением и без поражения костного мозга не выявлено. У больных с поражением костного мозга (МТС+) было достоверно выше суммарное количество клеток гранулоцитарного ростка (72,3 и 61,6%, $p=0,03$) за счет всех (зрелых и незрелых) морфологически распознаваемых форм, достоверно реже отмечалось повышение процентного содержания лимфоцитов в костном мозге. У всех больных с наличием МТС (100%) были снижены полихроматофильные нормобласты (в группе сравнения — 55%, $p=0,02$) и процент этих клеток был более низким (4,6 и 8,4%, $p=0,05$).

В настоящее время проводится анализ клинической значимости выявления микрометастазов ПРГШ данным высокочувствительным методом.

СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ И СЛЮНЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Трофимов Е.И.¹, Копченко О.О.¹,
Фуки Е.М.¹, Мустафаев Д.М.²

¹ ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрав»,

² Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского,
Москва, Россия

Для успешной разработки методов иммунотерапии, направленной на профилактику рецидивов рака, а также послеоперационных гнойных осложнений у больных раком гортани, важное значение имеет изучение механизмов местной и общей иммунной системы. Установлено, что при патологических процессах в гортани изменяется, наряду с общей иммунологической реактивностью, и локальная иммунная защита, что отражается на количественном содержании иммуноглобулинов в различных секретах (слюна, слезы, носовой секрет).

Материалы и методы. Было проведено сравнительное определение уровня иммуноглобулинов класса А, М, G в сыворотке крови и секреторного иммуноглобулина А в слюне у больных раком гортани и в группе здоровых лиц. Слюну собирали утром натощак в пробирку в течение 1 минуты. Затем кровь и слюну центрифугировали в течение 10 минут, замораживали сыворотку и надосадочную жидкость, хранили до момента исследования. Количество иммуноглобулинов отдельных классов определяли методом ИФА.

Результаты. Исследование сывороточных иммуноглобулинов у больных раком гортани показало, что уровень IgA при всех стадиях заболевания достоверно выше, чем у здоровых людей. Отмечается также увеличение концентрации IgG по мере нарастания распространенности опухолевого процесса. Напротив, уровень IgM в сыворотке больных II стадии не отличается от его уровня у здоровых лиц, но у больных III - IV стадии он значительно снижается. Секреторный иммуноглобулин А в слюне больных раком гортани увеличен в 2 – 2,5 раза по сравнению со здоровыми людьми.

Выводы. 1. У больных раком гортани по мере увеличения распространенности опухолевого поражения значительно нарастает уровень сывороточного IgA, в меньшей степени — IgG, и снижается уровень IgM. Концентрация секреторного IgA, найденного только в слюне, в 2 – 2,5 раза превышает уровень его у здоровых лиц.

2. Через 1 месяц после радикального хирургического лечения уровень сывороточных иммуноглобулинов А, G соответствует таковому у здоровых людей. Уровень IgM у половины обследованных больных остается сниженным. В слюне концентрация секреторного IgA снижается в 2 раза, приближаясь к уровню здоровых людей.

СТИМУЛЯЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПОЛИОКСИДОНИЕМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Трофимов Е.И.¹, Копченко О.О.¹, Фуки Е.М.¹,
Мустафаев Д.М.²

¹ ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрав»,

² Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского,
Москва, Россия

Известно, что развитие опухоли в организме сопровождается иммунодефицитом, который выражается в снижении числа и функциональной активности клеточных элементов (Т- и В-лимфоцитов, макрофагов). Поэтому для стимуляции иммунной системы в настоящее время используют в онкологии различные адъюванты (левамизол, интерферон, интерлейкины и др.), активирующие, преимущественно, Т-систему клеток, макрофаги, В-систему клеток, ответственных за гуморальный иммунитет.

Учитывая вышеизложенное, представляет интерес использование полиоксидония для активации иммунной системы у больных раком гортани с целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений. Было проведено сравнительное клинико-лабораторное обследование 2 групп больных раком гортани, отобранных методом рандомизации. В обе группы вошли мужчины с III стадией заболевания в возрасте от 30 до 60 лет. Больные первой группы в предоперационном периоде были иммунизированы полиоксидонием, который непосредственно вводили в ткань небных миндалин после их предварительной обработки 3% раствора йода. Иммунизировали трехкратно по 2-2-2 мл с интервалом между введениями 3 дня и окончанием курса иммунизации за 5 дней до операции. Всем больным, иммунизированным и неиммунизированным, были проведены следующие оперативные вмешательства: фронтолатеральная резекция, горизонтальная резекция гортани, ларингэктомия.

Сравнительное наблюдение за двумя группами больных после проведенного радикального лечения показало, что через 1 – 1,5 месяца после окончания иммунизации и оперативного удаления опухоли уровень сывороточных иммуноглобулинов мало чем отличается от здоровых людей, что является хорошим прогностическим признаком. В группе неиммунизированных больных наблюдается дисглобулинемия, выражающаяся в значительном увеличении уровня IgA и снижении IgG и особенно IgM.

Интра tonsиллярная иммунизация больных полиоксидонием ведет к активации местной иммунной защиты. Отсюда видно, что полиоксидоний является неспецифическим адъювантом В-лимфоцитов, стимулирующим синтез IgM. В результате проведенной иммунизации также уменьшилась частота развития послеоперационных гнойных осложнений.

РЕЗЕРВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОНКОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Шаров С.В.

ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»
Департамента здравоохранения Краснодарского края,
Краснодар, Россия

В настоящее время качество организации и проведения онкопрофилактических осмотров оставляет желать лучшего по ряду причин: не все первичные больные посещают смотровые кабинеты, нагрузка в них недостаточна, в большинстве кабинетов не обеспечивается двухсменная работа.

Цель. Проанализировать работу смотровых кабинетов в крае и наметить пути совершенствования их деятельности по ранней диагностике опухолей визуально обозримых локализаций.

Материалы и методы. Проведен анализ работы всех смотровых кабинетов Краснодарского края за 2008 г.

Результаты. В Краснодарском крае из общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ежегодно выявляются на профилактических осмотрах лишь 6-7% пациентов. Приходится констатировать, что в целом показатели активного выявления злокачественных новообразований не соответствуют современным возможностям здравоохранения, что объясняется, прежде всего, слабым взаимодействием онкологической службы и общей лечебной сети. Показатель варьирует в административных территориях края от 0 до 50%. Следовательно, анализ показателей активной диагностики злокачественных опухолей в крае свидетельствует о полном отсутствии в некоторых районах системы профилактических и скрининговых обследований населения.

Обращает на себя внимание значительное сокращение числа смотровых кабинетов с 218 в 1996 г. до 98 в 2008 г. На сегодняшний день в Краснодарском крае в 46 муниципальных образованиях (включая г. Краснодар) функционируют 88 женских смотровых кабинетов, 3—мужских и 7—смешанного приема, еще в 3 районах функции женского смотрового кабинета выполняют врачи акушеры-гинекологи в общем потоке пациентов, в 7 районах и 17 поликлиниках

г. Краснодара профилактические осмотры мужчин осуществляют врачи — урологи или хирурги в общем потоке с приемом пациентов. Вообще не работают смотровые кабинеты в Павловском, Кавказском и Кореновском районах, а также в г.Туапсе.

Нами проанализированы сведения о смотровых кабинетах 46 территорий Краснодарского края. Анализ показал, что в среднем на один смотровой кабинет приходится 24,2 тыс. женского населения (за вычетом детской возрастной категории). Этот показатель в Белоглинском, Щербиновском, Староминском, Успенском, Кавказском, Тимашевском, Тихорецком районах колеблется от 15 до 20 тыс., в г. Кротокине, Абинском, Апшеронском, Кореновском, Курганинском, Кушевском, Новокубанском, Отрадненском, Темрюкском и других районах превышает 25 тыс., в Крыловском, Приморско-Ахтарском районах составляет менее 5 тыс.

В 2008 г. всего покраю осмотров смотровых кабинетах 470563 человека, процент выявления злокачественных новообразований составил 0,2%, предраковых заболеваний — 4,7%.

Диагностика ранних форм опухолей в значительной степени зависит от врачей первичного звена. Профилактическое обследование пациентов должно носить массовый характер, смотровой кабинет должен работать в каждом учреждении здравоохранения, ведущим амбулаторный прием пациентов, работа смотрового кабинета должна быть организована в две смены. Однако наличие смотрового кабинета в медицинском учреждении не гарантирует качественного раннего выявления злокачественных новообразований. В подавляющем большинстве в смотровых кабинетах края осмотр медицинским работником ограничивается гениталиями как у женщин, так и у мужчин.

В организации женских смотровых кабинетов края существует еще одна проблема — цитологический скрининг рака шейки матки. Мазки с шейки матки и цервикального канала в женском смотровом кабинете должны браться у 100% женщин вне зависимости от возраста или наличия видимой патологии. Однако этот принцип соблюдается далеко не во всех административных территориях Кубани. В ряде районов существует возрастной ценз на взятие мазков для скрининга рака шейки матки: например, только у женщин старше 40 лет, или выборочно, у части осмотренных женщин (особенно в тех территориях, где нет своей цитологической службы).

Критерием оценки профилактической работы специалистов муниципального здравоохранения в данном направлении могут служить показатели выявляемости и запущенности различных видов данной патологии, а также показатели смертности в конкретных муниципалитетах.

Выводы. Поскольку здравоохранение края функционирует в условиях ограниченности бюджета, стратегической линией развития и совершенствования онкологической помощи населению края является рациональное использование всех существующих ресурсов (организационного, кадрового и материально-технического порядка), причем не только онкологической службы, но и всего здравоохранения.

На сегодняшний день без качественно организованной работы системы смотровых кабинетов, подкрепленной на местном уровне действующей цитологической службой, решить проблемы раннего выявления злокачественных новообразований не представляется возможным. Успех организации борьбы против рака на современном этапе, а также снижение смертности от онкологических причин зависят от профилактики, ранней диагностики и, как следствие, своевременного лечения больных со злокачественными опухолями и предопухолевыми заболеваниями.

АССОЦИАЦИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИНДАЛИН И ГОРТАНИ С ОНКОГЕННЫМИ ВИРУСАМИ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ЭПШТЕЙНА-БАРР

Шилова О.Ю., Л.Н. Уразова, Е.Л. Чойнзонов

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН,
Томск, Россия

Предопухолевые и воспалительные заболевания миндалин и гортани, такие, как папилломатоз, хронический гиперпластический ларингит и декомпенсированная форма тонзиллита, на долю которых приходится от 10-40% для папилломатоза гортани, 65-70% — для гиперпластического ларингита и 4-10% — для тонзиллита, представляют серьезную угрозу для здоровья человека, поскольку с высокой вероятностью (частотой) малигнизируют в сроки от 6 мес. до 15 лет. Однако в литературе остается практически не освещенным вопрос об ассоциации данных заболеваний с вирусами папилломы человека и Эпштейна-Барр, обладающими онкогенной потенцией и способными инициировать процесс трансформации инфицированных клеток. В связи с данным фактом нам представилось актуальным оценить частоту детекции данных вирусов в морфологически измененной ткани миндалин и гортани и взаимосвязь вирусной компоненты с клинико-анамнестическими показателями у больных.

Материалы и методы. Определение частоты встречаемости онкогенных вирусов папилломы человека 6, 11, 31, 33, 16 и 18 типов в патологически измененной ткани больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита (n=35), папилломатозом миндалин (n=7), проходивших лечение в ЛОР-отделении Городской больницы №3 г. Томска, а также лиц с хроническим гиперпластическим ларингитом (n=22) и папилломатозом гортани (n=6), находившихся на амбулаторном лечении в отделении опухолей головы и шеи ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН г. Томска, проводили методом ПЦР. Уровни антител к антигенам литической инфекции ВЗБ (вирусному капсидному и комплексу ранних антигенов) определяли методом непрямой иммунофлюоресценции. Контрольная группа представлена 56 лицами без морфологических изменений ткани миндалин и гортани (n=56). Группы сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты. ДНК вируса папилломы человека была выявлена в патологически измененной ткани миндалин 2,8 и 4,5% больных тонзиллитом и хроническим гиперпластическим ларингитом соответственно и 72 и 33% больных, страдающих папилломатозом миндалин и гортани. Следует отметить, что у единственного пациента с тонзиллитом, ткань миндалин которого была инфицирована ВПЧ, выявлена микст-инфекция из ВПЧ 6, 11 и 18, тогда как случаи выявления смешанной инфекции у больных папилломатозом миндалин были отмечены у 3-х больных. Так, у 2-х больных в ткани папилломы зафиксированы ВПЧ 6 и 11 и у одного пациента — ВПЧ 16 и 18. В морфологически измененной ткани больного гиперпластическим ларингитом также выявлена микст-инфекция из ВПЧ 6 и 11. Случаи детекции моноинфекции ВПЧ были характерны только для больных папилломатозом миндалин гортани: в первом случае детектирован ВПЧ 6 и во втором — ВПЧ 31. В контрольной группе во всех трех случаях выявлена микст-инфекция: в двух — ВПЧ 6 и 11 и в одном — ВПЧ 31 и 33. Значимых различий в частоте инфицированности ВПЧ в группе больных воспалительными и хроническими заболеваниями с контрольной группой не выявлено (p>0,05).

Уровень антител к антигенам литической инфекции вируса Эпштейна-Барр является показателем реактивности иммунной системы больного и, одновременно, индикатором формы существования вируса в организме. Несмотря на частое обострение тонзиллита, в изучаемой группе выявлено всего 9% лиц с высоким уровнем антител класса G к вирусному капсидному антигену. Значимых различий с контрольной группой показано не было.

Корреляционный анализ не выявил зависимости между инфицированностью ткани миндалин ВПЧ, высокими значениями антител к антигенам литической инфекции ВЗБ и такими клинико-анамнестическими показателями, как возраст, пол больных, частота рецидивов

рования и оперативных вмешательств по поводу обострения заболевания, а также курсов проведенной терапии.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что изученные онкогенные вирусы вносят существенный вклад в развитие папилломатоза миндалин, тогда как вопрос об их участии в возникновении и прогрессировании такого заболевания, как декомпенсированный тонзиллит остается открытым.

ОПУХОЛЬ-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ НАНОКОНТЕЙНЕРЫ ДЛЯ НАПРАВЛЕННОГО ТРАНСПОРТА В ОЧАГ ГЛИОМЫ

*Юсубалиева Г.М.¹, Баклаушев В.П.¹, Куприянов Д.А.²,
Пирогов Ю.А.², Чехонин В.П.¹, Гурина О.И.*

¹ Лаборатория иммунохимии ФГУ «ГНЦССП Росздрава»,

Центр магнитной томографии и спектроскопии,

² МГУ им. Ломоносова,

Москва, Россия

Мультиформная глиобластома человека характеризуется быстрым инвазивным ростом и высокой частотой послеоперационных рецидивов. Средняя выживаемость пациентов с глиобластомой не превышает года с момента постановки диагноза. Для ранней диагностики заболевания крайне необходимо создание

высококонтрастных опухоль-специфических контрастных МРТ-агентов.

В экспериментах на крысах Вистар мы воспроизвели модель С6 глиомы, близкую по морфологическим свойствам спектру экспрессируемых белков мультиформной глиобластоме человека. Динамический иммуногистохимический анализ GFAP на срезах мозга крыс с глиомой показал формирование реактивного астроглиоза с седьмых суток роста опухоли, сохраняющегося вплоть до гибели животных. Лазерная конфокальная микроскопия выявила сопровождение реактивными астроцитами мелких участков инвазии, невидимых на МРТ, но являющихся источником рецидивов. При введении меченных ¹²⁵I анти-GFAP антител в системный кровоток методами анализа радиоактивности в органах и контактной автордиографии на срезах мозга крысы с глиомой С6 зарегистрировано их достоверное накопление в области повышенной продукции антигена-мишени (периопухолевом пространстве).

Для нейровизуализации применили Gd-содержащие иммунолипосомы на основе антител к GFAP и IgG. Через каждые 7 суток крысам с глиомой проводилось МРТ-исследование на томографе BRUKER Biospec, 7T. Накопление специфических иммунолипосом в области презентации антигена (GFAP) сравнивали с накоплением неспецифических векторов и Магневиста. Полученные результаты свидетельствуют о высокой перспективности применения иммунолипосом на основе анти-GFAP антител для селективной доставки диагностических и лекарственных препаратов в очаг мультиформной глиобластомы.

Издательство «ИНФОМЕДИА ПАБЛИШЕРЗ»

Формат 60X90/8 — Бумага мелованная. Печать офсетная. Гарнитура EuropeCond, HeliosCond.

Усл.печ.л. 6. Тираж 1000. Заказ № 356.

Отпечатано в типографии ОАО «Фабрика офсетной печати», 111250, Москва, ул. Авиамоторная, 2.

Перепечатка полностью или частями возможна только с письменного разрешения редакции.

Журнал зарегистрирован Комитетом Российской Федерации по печати.

© Издательство «ИНФОМЕДИА ПАБЛИШЕРЗ»