

ОНКОХИРУРГИЯ ONCOSURGERY

IV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

«ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ»

БАЙКАЛ – 2011

2-4 СЕНТЯБРЯ, 2011

IV INTERNATIONAL CONGRESS

«HEAD AND NECK TUMORS»

BAIKAL – 2011

SEPTEMBER 2-4, 2011



Издательство
«Онкохирургия Инфо»

2011

IV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
«ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ»
БАЙКАЛ – 2011
2-4 СЕНТЯБРЯ, 2011

IV INTERNATIONAL CONGRESS
«HEAD AND NECK TUMORS»
BAIKAL – 2011
SEPTEMBER 2-4, 2011

ОБРАЩЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА

УВАЖАЕМЫЕ УЧАСТНИКИ IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ»,

С удовольствием предлагаем Вашему вниманию труды научного форума, который состоится в уникальном географическом месте, жемчужине России – г. Иркутске ,на берегах реки Ангары и озера Байкал.

Нынешний конгресс продолжает идею профессионального общения по широкому кругу вопросов, посвященных опухолям головы и шеи. Как показывает время, количество обсуждаемых тем не иссякает, а наоборот, только увеличивается. Расширяется география участия в Российском конгрессе наших ближних и дальних коллег, что также отражает растущий авторитет российских специалистов по опухолям головы и шеи, объединенных в научное партнерство.

Базируясь на присланных участниками тезисах, а также высказанных пожеланиях наших гостей, Организационный комитет сформировал программу и рубрикацию материалов в специальном выпуске журнала «Онкохирургия», который входит в перечень российских рецензируемых журналов, рекомендованных ВАК.

Лекции содержат обобщения по основным направлениям в диагностике и лечении, а тезисы освещают подавляющее большинство проблем лечения опухолей головы и шеи. Для удобства они объединены по названиям научных секций конгресса.

Мы благодарны местному организационному комитету за возможность проведения этого актуального научного события.

Надеемся на наши дальнейшие встречи и плодотворное сотрудничество.

***Российское Партнерство Специалистов
по Опухолям Головы и Шеи***

WELCOME TO BAIKAL 2011

DEAR FRIENDS AND COLLEGUES,

Welcome to Baikal and the 4th International Congress “Head & Neck Tumors”, which will be held from 2nd till 4th September 2011 in the city of Irkutsk on the coast of the Angara river.

The 4th international Congress «Head and Neck tumors» brings to your attention latest research works of the scientific forum .The present Congress develops the idea of professional communication on a wide range of problems devoted to treatment of head and neck tumors. As time shows, the quantity of disputable themes does not run low, and on the contrary, it only increases. The range of participating in the Russian Congress is constantly extending. That also proves growing authority of the Russian specialists of head and neck tumors, who are united in a scientific partnership.

According to the abstracts sent by participants, as well as to our guests wishes, the Organizing Committee has generated the program and editorial classification of the scientific materials in the special issue of the journal “Oncosurgery” - a leading peer-reviewed scientific journal on surgical oncology.

Lectures illustrate and clarify most urgent problems in diagnostics and treatment, abstracts cover the overwhelming majority of head and neck tumors problems. For your convenience abstracts are united under the themes of scientific sessions of the congress.

On behalf of the Russian Partnership of Head & Neck oncology specialists (RPHNOS) we want to express our gratitude to the local Organizing committee for the possibility of carrying out the up to date scientific event.

Enjoy the scientific richness of the Congress and the unique beauty of the pearl of Siberia – the lake Baikal.

***With all the best,
the Russian Partnership of Head & Neck oncology specialists (RPHNOS)***

СОДЕРЖАНИЕ

ДИАГНОСТИКА

СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
Артамонова А.В., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф. 13

ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ
Белобородов В.А., Пинский С.Б., Высоцкий В.Ф. 13

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА
И ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО
НАВИГАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ
Белоцерковский И.В., Жуковец А.Г., Касюк А.А. 13

КОМПЛЕКСНАЯ СОНОГРАФИЯ И КОМПЬЮТЕРНАЯ
ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
*Быкова А.А., Кондрашин С.А., Кобликов В.В.,
Сапожкова Л.П., Дробышев А.Ю., Селиванова Т.П.* 14

ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД
В ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Савостикова М.В. 14

ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Тугулукова А.А. 14

ИММУНОЦИТОХИМИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОПАТОЛОГИИ
ШЕЙНЫХ И ПОДЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
Волченко Н.Н., Славнова Е.Н. 15

МЕТОДИКА ТРАНСКУТАННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ГОРТАНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ
Воргова Д.Н., Важенин А.В., Яйцев С.В., Аладдин А.С. 15

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ РАКА
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РЕБЕНКА
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Гостимский А.В., Романчишен А.Ф. 15

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА
ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ
*Григорук О.Г., Степанова А.С., Самсонова О.А.,
Зоркина Ю.Н., Лазарев А.Ф.* 16

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ
ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ
*Евдокимов Б.С., Брюханов А.В.,
Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф.* 16

ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ
КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ^{99m}Tc-МИБИ
В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ
ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ
*Зельчан Р.В., Чернов В.И., Тицкая А.А., Синилкин И.Г.,
Чижовская С.Ю., Суркова П.В., Чойнзонов Е.Л.* 17

ЕЩЕ ОДНА ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ
РЕЦИДИВА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Катеруша Е.И., Павлова И.Н., Конопацкова О.М. 17

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ ПРИ СОНОГРАФИИ
РАКА СРЕДИННОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ
Козаренко Т.М., Кравченко Д.А., Серёжко Ю.А. 17

ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ НЕОПЛАЗИЯ:
ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Кондратьева Т. 17

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИИ
В ДИАГНОСТИКЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ
РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Ли Сонг Хи, Ли Со Хи 18

ДИАГНОСТИКА ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ
НОВЫХ МЕТОДОВ МИКРОСКОПИИ
*Решетов И.В., Волченко Н.Н., Славнова Е.Н.,
Тычинский В.П., Сухарев С.С.* 18

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
КРАНИООРБИТОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
Решетов И.В., Давыдов Д.В., Комаров А.В. 19

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СЦИНТИГРАФИЯ ВСЕГО ТЕЛА
ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО
РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
*Родичев А.А., Крылов В.В., Гарбузов П.И., Олейник Н.И.,
Спиченкова О.Н., Гришина О.Г., Чеботарева И.В.* 19

МОРФОЛОГИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ
ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Ротин Д.Л. 19

РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИРЕОГЛОБУЛИНА
В БИОПУНКТАХ ШЕЙНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ У БОЛЬНЫХ
ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Серёгин С.С., Бежин А.И., Хвостовой В.В. 19

МЕТОДИКИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ РЕЦИПИЕНТНЫХ СОСУДОВ
ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ М/Х ОПЕРАЦИЙ
Степанов С.О., Ратушная В.В. 20

КОМПЛЕКСНОЕ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ
ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛАСТОГРАФИИ
*Степанов С.О., Решетов И.В.,
Митина Л.А., Бородина Н.Б.* 20

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ
ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ
ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА
Степанян М.А., Черехаев В.А., Ротин Д.Л. 21

ФИБРОЛАРИНГОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
РАННЕГО РАКА ГОРТАНИ
*Черемисина О.В., Мухаммедов М.Р.,
Меньшиков К.Ю., Панкова О.В.* 21

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ДООПЕРАЦИОННОЙ
ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПРИ ПОМОЩИ ОНОЭЛАСТОГРАФИИ
*Шевченко С.П., Долгова Е.М., Карпинская Е.В.,
Шевела А.И., Махотин А.А., Дымов А.А.,
Ровенских Д.Н.* 21

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

LONG TERM RESULTS OF EXTERNAL RADIOTHERAPY BOOSTED WITH PDR OR HDR BRACHY-THERAPY
LONG TERM RESULTS OF EXTERNAL RADIOTHERAPY BOOSTED WITH PDR OR HDR BRACHY-THERAPY IN BASE OF TONGUE CANCER
Margolin Gregory. M.D., Ph.D., Karling Jonas. SLP, Ph.D. 22

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЛОСТИ РТА
Аладин А.С., Васильев Ю.С. 22

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЖИМА ГИПЕРФРАКЦИОНИРОВАНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГЛИОБЛАСТОМОЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Балканов А.С., Рыболовлев А.В., Петрушкина Н.Н. 22

РЕГИОНАРНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО КУРСА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ
Барышев В.В. 23

ИНДУКЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА НОСОГЛОТКИ
Болотина Л.В., Корниецкая А.Л. 23

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНОГЛОТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НА 1 ЭТАПЕ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ
Болотина Л.В., Кравцов С.А., Корниецкая А.Л., Бойко А.В. 23

ОПТИМИЗАЦИЯ ДОЗЫ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ПРОЦЕССЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ
Быченков О.А., Поляков П.Ю., Рогаткин Д.А. 24

ПРОТОНОТЕРАПИЯ МЕЛАНОМЫ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА И ОРБИТЫ
Вальский В.В., Бородин Ю.И., Саакян С.В. 24

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕХОДНОКЛЕТОЧНОЙ ПАПИЛЛОМОЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ
Вдовина С.Н., Андреев В.Г., Буякова М.Е., Панкратов В.А., Подлесных Н.И. 24

ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦЕТУКСИМАБА И ЦИСПЛАТИНА
Геворков А.Р., Бойко А.В., Черниченко А.В., Завалишина Л.Э. 24

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО 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., Лазарев А.Ф. 25

КОМБИНИРОВАННОЕ И ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ С ПРИМЕНЕНИЕМ БЫСТРЫХ НЕЙТРОНОВ 6,3 МЭВ
Грибова О.В., Мусабаева Л.И., Чойнзонов Е.Л., Авдеев М.В. 25

Нейтронно-фотонная терапия больных анапластическим и плоскоклеточным раком щитовидной железы
Грибова О.В., Мусабаева Л.И., Чойнзонов Е.Л. 26

ПОСТЛУЧЕВОЙ СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА»: СВЯЗЬ С ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ
Гонтнер Е.И., Панова И.Е., Яйцев С.В., Семенова Л.Е. 26

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРМОХИМИОТЕРАПИЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФОУЗЛЫ ШЕИ
Енгибарян М.А., Светицкий П.В. 26

ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОМ КРЫС С ВКЛЮЧЕНИЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Ермакова К.В., Смирнова З.С., Кубасова И.Ю., Борисова Л.М., Киселева М.П., Оборотова Н.А., Меерович Г.А. 26

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА В ЛИМФОУЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА
Зинченко С.В., Рудык А.Н., Хамидуллин Р.Г., Чернышев В.А., Бусыгин М.А. 27

ПЕРВИЧНЫЕ ЭКСТРАНОДАЛЬНЫЕ НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Павлова О.А., Жеребцова В.А., Вернюк М.А., Тюрина Н.Г. 27

ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ФДТ) В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНОГО И РАДИОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
Полькин В.В., Каплан М.А., Медведев В.С., Сёмин Д.Ю., Капинус В.Н., Спиченкова И.С., Исаев П.А., Дербуггов Д.Н., Шубина А.М., Раджапова М.У. 27

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ЛАЗЕРНОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ДИГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ
Поляков П.Ю., Быченков О.А., Рогаткин Д.А. 27

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОСЕНСИБИЛИЗАТОРОВ
Поляков П.Ю., Быченков О.А., Рогаткин Д.А. 28

АДАПТИВНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Решетов И.В., Егоров Г.Н. 28

РЧА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ КРЫЛОНЕБНОЙ ЯМКИ
Корицкий А.В., Решетов И.В., Маторин О.В. 28

РЧА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА
Корицкий А.В., Решетов И.В., Маторин О.В. 28

НОВАЯ СХЕМА ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ
Решетов И.В., Маторин О.В., Егоров Г.Н. 29

РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ЛИМФОУЗЛЫ ШЕИ
Решетов И.В., Маторин О.В., Егоров Г.Н. 29

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Решетов И.В., Перельгин В.И., Курганский Я.В., Мутасов А.Г., Щербина В.Г. 29

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО РАКА ГОРТАНИ
Рожнов В.А., Андреев В.Г., Панкратов В.А. 29

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА <i>Романов И.С., Яковлева Л.П., Алиева С.Б., Галдянец Р.А.</i> 30	РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ, ДИСТРАКЦИОННОГО МЕТОДА И ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ <i>Дробышев А.Ю.</i> 34
ВЫБОР ВАРИАНТА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЛОСТИ РТА <i>Романов И.С., Яковлева Л.П., Матякин Е.Г. Кропотов М.А., Павловская А.И., Алиева С.Б.</i> 30	ПЕРВИЧНАЯ АУТОПЛАСТИКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ВЕК <i>Енгибарян М.А.</i> 35
ПОВЫШЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС <i>Смирнова Э.С., Родионова Ю.В., Ермакова К.В., Борисова Л.М., Киселева М.П., Оборотова Н.А., Орлова О.Л., Полозкова А.П.</i> 30	ЭКЗОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ОРБИТЫ <i>Енгибарян М.А., Пустовая И.В.</i> 35
ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ПОМОЩИ СКТ И ОЗКТ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ <i>Суркова П.В., Фролова И.Г., Чойнзонов Е.Л., Чижевская С.Ю., Зельчан Р.В., Чернов В.И.</i> 30	ЗАМЕЩЕНИЕ СУБТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА И КОЖИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОСТИ НОСА <i>Задеренко И.А., Алиева С.Б., Танеева А.Ш., Шишканов А.В., Быкова А.А., Пономарев И.В., Дробышев А.Ю.</i> 35
ХИМИОТЕРАПИЯ В ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ <i>Трофимов Е.И., Сивкович О.О., Фуки Е.М., Губеев Р.И.</i> 31	ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА <i>Кравцов С.А., Решетов И.В., Чиссов В.И., Сдвижков А.М., Маторин О.В., Поляков А.П., Батухтина Е.В., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Васильев В.Н.</i> 36
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ <i>Чижевская С.Ю., Чойнзонов Е.Л.</i> 31	АДАПТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ГОРТАНИ <i>Красавина Е.А., Балацкая Л.Н., Чойнзонов Е.Л.</i> 36
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Чиссов В.И., Черниченко А.В., Решетов И.В., Едемская О.В., Поляков А.П.</i> 31	ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ АУТОТАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Миланов Н.О., Трофимов Е.И., Адамян Р.Т., Караян А.С., Саратовцев Д.М., Назарян Д.Н.</i> 36
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ <i>Шишкин Д.А., Чойнзонов Е.Л., Гарбуков Е.Ю., Жеравин А.А., Авдеевко М.В.</i> 32	ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ОКРУЖНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ – КООРДИНАЦИЯ РАБОТЫ ПРОГРАММИСТОВ, ИНЖЕНЕРОВ И ОНКОЛОГОВ <i>Петрова Л.Н., Важенин А.В., Аладин А.С., Сулацкая Е.Ю., Васильев Ю.С., Смирнов В.А., Епишев В.В., Жаринова А.С.</i> 37
РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ	ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ <i>Пилипюк Н.В., Гобжелянова Т.А., Пилипюк Д.Н.</i> 37
MONS' SURGERY FOR FACIAL SOFT TISSUE MALIGNANCIES: SUCCESSSES AND LIMITATIONS – RECONSTRUCTIVE SURGEON PERSPECTIVE <i>Marek K. Dobke, M.D.</i> 33	ВАРИАНТ ПЛАСТИКИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА <i>Письменный В.И., Письменный И.В.</i> 37
NOSEBLEED GONE WILD: EXTRAMEDULLARY PLASMACYTOMA OF THE RIGHT NASAL SEPTUM <i>Erwin Jannino O. Ybanez MD, Honey Sarita Abarquez MD</i> 33	МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНЕЙ В УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЗОНЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Решетов И.В., Поляков А.П., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ратушный М.В.</i> 38
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ РАКА КОЖИ НАРУЖНОГО НОСА, С ОДНОМОМЕНТНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ОБРАЗОВАВШЕГОСЯ ДЕФЕКТА МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ <i>Белоцерковский И.В., Жуковец А.Г.</i> 33	ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО КОЖНО-МЫШЕЧНО-СЕРОЗНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА С ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Васильев В.Н., Решетов И.В.</i> 38
АНАЛИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ЦЕНТРА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ ОКРУЖНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА <i>Васильев Ю.С., Васильев С.А., Важенин А.В., Аладин А.С.</i> 34	РЕКОНСТРУКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОДИФИЦИРОВАННЫМ СВОБОДНЫМ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМ РЕБЕРНО-ЛОПАТОЧНЫМ ЛОСКУТОМ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Поляков А.П., Решетов И.В.</i> 38
ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЙ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Дайхес Н.А., Решетов И.В., Голубцов А.К., Поляков А.П., Саврюков Ф.Е., Аванесов В.М.</i> 34	

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЯЗЫКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Решетов И.В., Голубцов А.К., Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Севрюков Ф.Е., Корицкий А.В.</i>	39	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СВОБОДНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННЫХ ЛОСКУТОВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Роман Л.Д., Карпенко А.В., Белова Е.Н., Сибгатуллин Р.Р., Чуманихина Н.С., Джалилов Д.Н.</i>	44
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ТИПА СОЕДИНЕНИЯ СОСУДОВ МАЛОГО ДИАМЕТРА <i>Решетов И.В., Дустов Ш.Х.</i>	39	РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ РТА <i>Светицкий П.В., Баужадзе М.В.</i>	44
РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННЫЕ СВОБОДНЫЕ КОСТНО-МЫШЕЧНЫЕ ЛОСКУТЫ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Поляков А.П., Маторин О.В., Решетов И.В.</i>	39	РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ <i>Светицкий П.В., Киртбая Д.В.</i>	44
ПРЕФАБРИКАЦИЯ ЛОСКУТОВ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Маторин А.П., Поляков А.П., Батухтина Е.В., Ребрикова И.В., Решетов И.В.</i>	40	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОКОМПЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Филюшин М.М., Батухтина Е.В., Ратушный М.В., Севрюков Ф.Е.</i>	44
МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА И НИЖНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА <i>Поляков А.П., Маторин О.В., Решетов И.В., Ратушный М.В., Филюшин М.М.</i>	40	ПЛАНИРОВАНИЕ В РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Чиссов В.И., Панченко В.В., Решетов И.В., Седых С.А., Евсеев А.В., Поляков А.П., Петров А.Н. Филюшин М.М.</i>	45
НЕЗАВЕРШЕННОСТЬ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Поляков А.П., Маторин О.В., Ратушный М.В., Решетов И.В., Филюшин М.М.,</i>	40	КЛИНИЧЕСКИЕ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НАРУЖНОГО УХА <i>Чистяков А.Л., Ключихин М.А.</i>	45
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕФАБРИЦИРОВАННОГО ПОДВЗДОШНО-ЛУЧЕВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Решетов И.В., Поляков А.П.</i>	41	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА	
УПРАВЛЯЕМАЯ ДЕРМОТЕНЗИЯ – МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Поляков А.П., Антонова Л.Е., Решетов И.В.,</i>	41	MULTIDISCIPLINARY TEAMWORK IN THE VOICE AND PULMONARY RESTORATION OF PATIENTS WITH TRACHEO-ESOPHAGEAL VOICE PROSTHESIS <i>Karling, Jonas. SLP, Ph.D., Margolin, Gregory. M.D., Ph.D.</i>	46
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП К ВИСЦЕРАЛЬНЫМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Решетов И.В., Ратушный М.В.</i>	42	ORAL RENABILITATION AFTER TUMOURS ABLATION: COMPUTER ASSISTED IMPLANT SURGERY IN FREE-FLAPS RECONSTRUCTED PATIENTS <i>Tullio A. , Meloni S.M., Massarelli O., De Riu G.</i>	46
МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ОРОФАРИНГОПЛАСТИКА ВИСЦЕРАЛЬНЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Ратушный М.В., Решетов И.В.</i>	42	ПОСТЛУЧЕВОЙ СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА»: СВЯЗЬ С ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ <i>Гонтнер Е.И., Панова И.Е., Яйцев, С.В., Семенова Л.Е.</i>	46
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАПЫ АПРОБАЦИИ ТИТАНОВЫХ ПЛАСТИН С НАНОСТРУКТУРИРОВАННЫМ НАПЫЛЕНИЕМ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА <i>Ратушный М.В., Решетов И.В., Штанский Д.В., Филюшин М.М., Сухарев С.С.</i>	42	ЭКЗОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ОРБИТЫ <i>Енгибарян М.А., Пустовая И.В.</i>	47
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА АПРОБАЦИИ МИНИТИТАНОВЫХ ПЛАСТИН С НАНОСТРУКТУРИРОВАННЫМИ ПОКРЫТИЯМИ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА <i>Ратушный М.В., Решетов И.В., Штанский Д.В., Филюшин М.М., Сухарев С.С.</i>	43	ПРИМЕНЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕЗЕКЦИИ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПО ПОВОДУ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫХ ОПУХОЛЕЙ <i>Ковалёв О.А., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф.</i>	47
ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ, ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ <i>Рогинский В.В., Овчинников И.А., Вербо Е.В.</i>	43	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ КРАНИООРБИТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ <i>Лазарев А.Ю., Сакович В.П.</i>	47
		ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ ПРОБЛЕМЫ (РЕЧЬ И ДЫХАНИЕ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ) <i>Новожилова Е.Н.</i>	48

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГОЛОСОВЫМИ ПРОТЕЗАМИ <i>Новожилова Е.Н.</i>	48	МЕТАСТАЗЫ ХИАЗМАЛЬНО – СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ: БИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ <i>Ротин Д.Л., Степанян М.А., Черехаев В.А.,</i>	53
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА <i>Ольшанский В.О., Решетов И.В., Филюшин М.М.</i>	48	НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА <i>Степанян М.А., Черехаев В.А., Бородин В.В.</i>	54
ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА <i>Письменный В.И., Кулакова Н.М., Письменный И.В.</i>	49	ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСМАНДИБУЛЯРНОГО ЦИРКУМГЛОССАЛЬНО-РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПАРА- И РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВ, ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНИХ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ И СКАТА <i>Чеботарев С.Я., Гуляев Д.А.</i>	54
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Егоров Г.Н., Решетов И.В.</i>	49	ОПУХОЛИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	
СПОСОБ ОТСРОЧЕННОГО ГОЛОСОВОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГОРТАНИ ПО ПОВОДУ РАКА <i>Ольшанский В.О., Филюшин М.М., Решетов И.В.</i>	49	АКТУАЛИЗАЦИЯ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ГОРТАНИ <i>Абрамов О.Е., Решетов И.В., Ольшанский В.О., Александрова Л.М., Мамонтов А.С.</i>	55
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Сергеев С.А., Соколов А.А., Митрохин С.Д., Хотеев А.Ж., Сергеев С.С.</i>	50	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАДИОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ГОРТАНИ <i>Андреев В.Г., Панкратов В.А., Мардынский Ю.С., Рожнов В.А., Вдовина С.Н.</i>	55
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Штин В.И., Новиков В.А., Балацкая Л.Н., Красавина Е.А.</i>	50	ЗНАЧИМОСТЬ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛИМФООБРАЩЕНИЯ НА ШЕЕ И ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ПРИ РАКЕ ЯЗЫКА <i>Ахметов Т.Ф.</i>	55
НЕЙРО И ОФТАЛЬМОКОЛОГИЯ		АНАЛИЗ ЗАТРАТ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОРТАНИ, ГЛОТКИ И ПОЛОСТИ РТА <i>Ворона И.С., Хвостовой В.В., Киселев И. Л., Ворона Ю.С.</i>	56
СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОТЕРАПИЯ И РАДИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Голанов А.В., Горлачев Г.Е.</i>	51	ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ РАК (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) <i>Геворков А.Р., Бойко А.В., Черниченко А.В., Дарьялова С.Л., Завалишина Л.Э., Рязанцева А.А., Соколов В.В., Гладышев А.А.</i>	56
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ <i>Жуковец А.Г., Минайло И.И., Моисеева О.И., Слобина Е.Л., Семак И.А., Ошарин В.В.</i>	52	КОМБИНИРОВАННОЕ ВИДЕОЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРЕДРАКОМ И РАННИМ РАКОМ ГОРТАНИ <i>Гладышев А.А., Телегина Л.В., Соколов В.В., Решетов И.В., Голубцов А.К.</i>	57
ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Зайцев А.М., Куржупов М.И.</i>	52	ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ РАКА ГОРТАНИ <i>Ежов В.Г., Савенок Э.В., Панов Е.Д., Подоскин А.А., Ежов С.В., Минакова Е.С.</i>	57
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ НАВИГАЦИЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ <i>Куржупов М.И., Зайцев А.М., Филоненко Е.В., Лошаков В.А.</i>	52	ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ И ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ С ПОМОЩЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕТОДОМ МСКТ С ВНУТРИВЕННЫМ БОЛЮСНЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ <i>Кожанов Л.Г., Юдин А.Л., Кушхов О.А.</i>	57
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТАКИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КРАНИООРБИТАЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ <i>Лазарев А.Ю., Сакович В.П.</i>	52	ОРГАНОСОХРАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ <i>Кожанов Л.Г., Романова Е.С.</i>	58
ПЕРВИЧНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ОСНОВАНИЯ И СВОДА ЧЕРЕПА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Новиков В.А., Сыркашев В.А., Рябова А.И., Фролова И.Г., Суркова П.В.</i>	53	МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ОРГАНА И ЛАРИНГЭКТОМИИ <i>Кожанов Л.Г., Соколов В.В., Сдвижков А.М., Елисеевков Г.В.</i>	58
ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА <i>Пульникова Л.Н., Левкович В.В.</i>	53	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ <i>Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М.</i>	58
КРАНИОФАЦИАЛЬНЫЕ БЛОК-РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ, РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ НА ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА <i>Решетов И.В., Зайцев А.М.</i>	53		

ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ СВЕРХЭЛАСТИЧНОЙ ТКАНИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ <i>Кульбакин Д.Е., Мухамедов М.Р., Жеравин А.А., Гарбуков Е.Ю., Фролова И.Г., Суркова П.В., Черемисина О.В., Меньшиков К.Ю., Васильев Н.В., Синилкин И.Г., Лунёва С.В.</i>	58	INSULAR CARCINOMA OF THE THYROID INFILTRATING THE INTERNAL JUGULAR VEIN: DESCRIPTION OF 3 CASES <i>Roberto Panconesi, Ancuta Leahu, Tatiana Bargellini, Alessandro Bruscano, Paolo Prosperi, Andrea Valeri</i>	64
ОЦЕНКА ЗАВИСИМОСТИ КОЛИЧЕСТВА И ТЯЖЕСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТ ВАРИАНТОВ ШВА ГЛОТКИ И ВИДА ЛАРИНГЭКТОМИИ <i>Ларин Р.А., Шахов А.В.</i>	59	MICROSURGICAL APPROACH TO INFERIOR LARINGEAL NERVE DURING TOTAL THYROIDECTOMY FOR CERVICO-MEDIASTINAL GOITRES. AN ITALIAN MULTICENTER STUDY <i>Testini M., Gurrado A., Avenia N., Bellantone R., De Toma G., Lissidini G., Piccinni G., Rosato L., Franco I.F., Basile F.</i>	64
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРОФАРЕНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ИХ МЕТАСТАЗОВ В БУХАРСКОМ РЕГИОНЕ <i>Мамедов У.С.</i>	59	IDENTIFICATION AND OPTIMAL POSTSURGICAL FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH VERY LOW-RISK PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMAS <i>De Toma G., Filetti S., Durante C. et al.</i>	64
ЛЕЧЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ОПУХОЛЕЙ ОРОФАРЕНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ <i>Мамедов У.С., Решетов И.В.</i>	59	РАЗРАБОТКА СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК НАПРАВЛЕНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ <i>Абрамов О.Е., Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е., Александрова Л.М., Мамонтов А.С.</i>	64
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ И ИННОВАЦИОННЫЕ СРЕДСТВА ИХ РЕАЛИЗАЦИИ <i>Мартыненко В.Ф.</i>	60	ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ <i>Белобородов В.А., Павлов Л.Ю.</i>	65
РЕЦИДИВ РАКА ГОРТАНИ В ЗОНЕ ЭЗОФАГА ФАРИНГЕАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА <i>Письменный В.И.</i>	60	НОВЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Богатилов А.А., Романчишен А.Ф., Кузьмичев А.С., Чухловин А.Б.</i>	65
ТРАХЕОСТОМИЯ, НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Письменный В.И., Письменный И.В., Зотов О.А.</i>	60	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И РИСКИ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Гарбузов П.И.</i>	65
ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ С РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ <i>Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е., Маторин О.В., Корицкий А.В.</i>	61	АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Зинкевич И.В., Зинкевич О.И., Токотов А.Н., Плещач М.В., Матвеев А.А.</i>	66
МОНИТОРИНГ РАКА ГОРТАНИ НА ЭТАПАХ ЛУЧЕВОГО И ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Суровцев И.Ю., Королев В.Н., Кулаев К.И., Зуйков К.С.</i>	61	ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Крехно О.П., Фролов А.С., Ермаков В.Е., Марченко К.С., Медведев В.А., Шувчук Г.И.</i>	66
ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТРАХЕИ <i>Трахтенберг А.Х., Решетов И.В., Пикин О.В., Голубцов А.К., Колбанов К.И., Глушко В.А.</i>	61	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПИЛЛЯРНЫХ ТИРЕОИДНЫХ КАРЦИНОМ ПРИ РАЗНЫХ МОЛЕКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТКАХ <i>Маньковская С.В.</i>	66
ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ <i>Трофимов Е.И., Фуки Е.М., Сивкович О.О., Губеев Р.И.</i>	62	МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е.</i>	66
ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ		СРЕДОСТЕННО-ЗАГРУДИННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е., Казакевич В.И.</i>	67
TOTAL THYROIDECTOMY WITH ULTRASONIC DISSECTOR FOR CANCER: A MULTICENTRIC EXPERIENCE <i>Fabio d' Ajello, Roberto Cirocchi, Alberto Santoro, Antonio Catania, Guglielmo Ardito, Lodovico Rosato, Nicola Avenia, Michele d' Ajello</i>	63	ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е., Крехно О.П.</i>	67
LATERAL NECK DISSECTION FOR DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA: OPERATIVE TECHNIQUE VIA EXTRA THYROIDAL SPACE <i>G. Ardito</i>	63	ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Решетов И.В., Егоров Г.Н.</i>	67
ROBOT-ASSISTED ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY: BEGGING EXPERIENCE <i>Barbara Mullineris, Micaela Piccoli, Giovanni Colli and Gianluigi Melotti</i>	63	РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Решетов И.В., Филоненко Е.В., Голубцов А.К., Кирпа Е.А.</i>	68
		РЧА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Решетов И.В., Маторин О.В., Голубцов А.К., Корицкий А.В.</i>	68

КОРРЕКЦИЯ ВОЗМОЖНОГО ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ (ЩЖ) <i>Романчишен А.Ф., Зенкова А.В.</i>	68	УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИХ ТКАНЕВЫХ ИНГИБИТОРОВ У БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМИ КАРЦИНОМАМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПРИ ПРОГРЕСИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Какурина Г.В., Малахова Е.В., Кондакова И.В., Черемисина О.В.</i>	74
КОСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА (ПГПТ), СИМУЛИРУЮЩИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ <i>Романчишен А.Ф., Гостимский А.В., Матвеева З.С.</i>	69	МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ – ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Клишо Е.В., Кондакова И.В., Чойнзонов Е.Л., Чижовская С.Ю., Шишкин Д.А.</i>	74
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЭТАПНОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ (МЭН) <i>Романчишен А.Ф., Кузьмичёв А.С., Матвеева З.С., Бахар С.М.</i>	69	АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ МАТРИЧНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ 1 И 9 В ОПУХОЛЯХ У БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ РОТОВОЙ ЧАСТИ ГЛОТКИ <i>Ковтуненко А.В., Пославская А.В.</i>	74
РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ И СОСЕДНИХ СТРАНАХ ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ <i>Романчишен А.Ф., Гостимский А.В., Богатиков А.А.</i>	69	ПОЛУЧЕНИЕ КОНЬЮГАТА ЗОЛОТЫХ НАНОЧАСТИЦ С КРАСИТЕЛЕМ И АНТИТЕЛАМИ ДЛЯ ИММУНОАНАЛИЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГКР <i>Пестовский Ю.С., Будашов И.А.</i>	74
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РЩЖ): ВЫБОР ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Романчишен А.Ф., Липская Е.В., Романчишен Ф.А.</i>	70	ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПОДЛОЖЕК-НОСИТЕЛЕЙ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВЫ ДЛЯ ХРЯЩЕВОГО ЭКВИВАЛЕНТА <i>Решетов И.В., Васильев А.В., Батухтина Е.В., Киселева Е.С.</i>	75
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВНОГО РАКА ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Самсонова О.А., Вихлянов И.В., Артамонова А.В., Зоркина Ю.Н., Гликенфрөйд Г.М., Матвиенко К.Н., Лазарев А.Ф.</i>	70	ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОМЕДИЦИНСКИХ РАДИОЭЛЕКТРОННЫХ НАНОТЕХНОЛОГИЙ МИЛЛИМЕТРОВОГО И ТЕРАГЕРЦОВОГО ДИАПАЗОНОВ В ТЕРАПИИ И ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ <i>Синицын Н.И., Ёлкин В.А., Суворов А.П., Суворов С.А., Бецкий О.В., Гуревич Г.И.</i>	75
ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ <i>Сергеев С.А., Сергеев С.С.</i>	71	ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ <i>Филюшин М.М., Батухтина Е.В., Ратушный М.В., Севрюков Ф.Е.</i>	75
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МАССИВНЫМ РЕГИОНАРНОМ МЕТАСТАЗИРОВАНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Хвостовой В.В., Сычов М.Д., Романищев В.Е., Киселев И.Л., Минаков А.А.</i>	71		
НОВЫЕ РАЗРАБОТКИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ		РАЗНОЕ	
ИЗМЕНЕНИЕ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ <i>Артамонова А.В., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф.</i>	72	МЕЛАНОМА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ <i>Афанасьева З.А., Гаптрахманова Л.Х.</i>	77
ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ ПАЗУХ <i>Артамонова А.В., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф.</i>	72	ОЦЕНКА ЗАТРАТ НА ФАРМАКОТЕРАПИЮ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ГОРТАНИ, ГЛОТКЕ И ПОЛОСТИ РТА <i>Ворона И.С., Ворона Ю.С., Хвостовой В.В.</i>	77
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВОЙСТВ СОСТАВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАДИОИНДУЦИРОВАННОЙ КСЕРОСТОМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Бузова Е.В., Ронь Г.И., Белоконова Н.А., Ларионов Л.П.</i>	73	АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОРТАНИ, ТРАХЕИ, БРОНХОВ И ПИЩЕВОДА <i>Донскова Ю.С., Хороненко В.Э., Осипова Н.А., Береснев В.А., Алексин А.А.</i>	77
ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ «ЦИСПЛАЦЕЛ» – ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Бычковский П.М., Юркштович Т.Л., Беляев С.А., Капуцкий Ф.Н., Адамчик Д.А., Жаврид Э.А., Ваккер А.В., Шанько Ю.Г., Танин А.Л., Смеянович А.Ф., Короткевич Е.А.</i>	73	АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОПЕРАЦИЙ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ РАДИОТЕРАПИЕЙ (ИОРТ) <i>Донскова Ю.С., Осипова Н.А.</i>	78
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАНОЧАСТИЦ МЕТАЛЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Златник Е.Ю., Светицкий П.В., Аржановская С.В., Закора Г.И., Светицкий А.П.</i>	73	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА <i>Енгибарян М.А.</i>	78
		ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ЛИМФОУЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ МЕТАСТАЗОВ <i>Зинченко С.В., Рудык А.Н., Хамидуллин Р.Г., Чернышев В.А., Бусыгин М.А.</i>	78

СОДЕРЖАНИЕ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ) <i>Кутубулатова Е.В., Чикин В.Н., Аладдин А.С.</i>	79	ЧРЕСКОЖНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ <i>Рогинский В.В., Надточий А.Г., Овчинников И.А., Вишневский В.А.</i>	80
СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ ОТДЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ МНИОИ ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА <i>Ольшанский В.О., Мамонтов А.С.</i>	79	АМЕРИКАНСКИЕ ДОКТОРА В КЛИНИКЕ С.П. ФЕДОРОВА В НАЧАЛЕ XX ВЕКА <i>Романчишен А.Ф., Нечай А.И., Вабалайте К.В.</i>	81
ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В НОВОСИБИРСКЕ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РАКА (1988-2010 ГГ.) <i>Опенко Т.Г., Богатырев С.Н., Симонова Г.И.</i>	79	ПУНКЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Соколов В.В., Павлов П.В., Карпова Е.С.</i>	81
ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: СМЕРТНОСТЬ В НОВОСИБИРСКЕ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РАКА (1988-2010 ГГ.) <i>Опенко Т.Г., Богатырев С.Н., Симонова Г.И.</i>	79	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ <i>Туманян С.В., Семилеткина Е.Ю.</i>	81
ПОПУЛЯЦИОННЫЙ РЕГИСТР РАКА КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОНКОЛОГИИ <i>Опенко Т.Г., Богатырев С.Н., Симонова Г.И.</i>	80	РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ <i>Филоненко Е.В., Ерохов С.В., Смирнова С.В.</i>	81
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ЛЕГКИХ <i>Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Глушко В.А., Амиралиев А.М., Картовещенко А.С.</i>	80	МАГНИТОЛАЗЕР В РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Чойнзонов Е.Л., Кучерова Т.Я., Мусабеева Л.И., Вусик М.В, Евтушенко В.А., Балацкая Л.Н.</i>	82
ОБРАЗОВАНИЯ ИЗ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ У ДЕТЕЙ – НОВЫЙ ВЗГЛЯД <i>Рогинский В.В., Надточий А.Г., Григорян А.С., Соколов Ю.Ю., Солдатский Ю.Л., Ковязин В.А.</i>	80	<hr/> <i>Материалы публикуются в авторской редакции</i>	

ДИАГНОСТИКА

СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Артамонова А.В., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», Барнаул, Россия

E-mail: aoc@ab.ru

Хронические синуситы представляют собой серьезную проблему в плане онкологической настороженности, тактики лечения и диспансеризации. При этом, частота их озлокачествления без своевременного лечения составляет до 5%. Соответственно, ранняя диагностика и лечение данной патологии ведет к увеличению выживаемости и качества жизни больных.

Клиническое наблюдение. Больная Л., 26 лет, обратилась в ООГШ 15.11.2006 с жалобами на гнойные выделения из правой половины носа, периодическое затруднение носового дыхания. Из анамнеза: 6 месяцев назад с целью санации полости рта проводилось лечение 6 зуба верхней челюсти справа по поводу хронического периодонтита. Жалобы появились 4 месяца назад, но к врачам не обращалась, не лечилась. При осмотре полости носа определялся умеренный отек, гиперемия слизистой оболочки полости носа справа. Гнойного отделяемого в полости носа нет. На КТ носа и околоносовых пазух видны мягкотканые образования и отек слизистой оболочки в области нижней стенки правой верхнечелюстной пазухи с наличием пломбировочного материала. На основании клинических данных и пункции верхнечелюстной пазухи справа (большое количество гноя с запахом), поставлен клинический диагноз: Suspicio с-г верхней челюсти справа? Обострение хронического гнойно-полипозного одонтогенного верхнечелюстного синусита справа? 18.11.2006 больной выполнена правосторонняя комбинированная эндоскопическая гайморотомия. В пазухе обнаружен гной, множественные полипы (на нижней стенке). Гистологический диагноз – рак in situ на фоне полипов. В послеоперационном периоде проведен курс дистанционной гамматерапии в 2 этапа до СОД 60 Гр. Повторный осмотр через 2 года: рентгенологически и клинически данных за рецидив опухоли нет.

Таким образом, раннее выявление рака у больных хроническими синуситами и активная хирургическая тактика способствует повышению выживаемости и ранней полноценной функциональной реабилитации больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Белобородов В.А., Пинский С.Б., Высоцкий В.Ф.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

E-mail: BVA555@yandex.ru

Анатомо-топографические особенности расположения, разнообразие клинических проявлений, часто симулирующих заболевания других органов и систем, обусловили трудности дифференциальной диагностики новообразований надпочечников (НН).

Цель исследования. Оценить эффективность предлагаемого диагностического алгоритма при НН.

Материалы и методы. Все обследованные 83 больных с НН были разделены на сопоставимые группы по полу, возрасту и характеру патологии:

основная группа (ОГ, n=43) и группа клинического сравнения (ГКС, n=40). В ГКС план обследования был индивидуальным, исходя из предварительных клинических данных. В ОГ был применен разработанный диагностический алгоритм.

Результаты. При индивидуальном анализе полученных данных у больных ГКС и ОГ были установлены основные ошибки при выявлении различных по характеру НН.

Основные ошибки при диагностике характера патологии у больных ГКС были при определении гормональной активности (4) и характера НН (15). Эти (4) ошибки в ОГ выявлялись значимо (p=0,00) реже. Учитывая полученные сведения, эффективность (чувствительность метода) предлагаемого алгоритма в дооперационной дифференциальной диагностике различных НН составила 90,7%, а при традиционной методике обследования – 52,5% наблюдений. Повышение эффективности дооперационной дифференциальной диагностики в ОГ значимо (p=0,00) по сравнению с данными ГКС. Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования предлагаемого алгоритма диагностики у больных с новообразованиями надпочечников.

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО НАВИГАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ

Белоцерковский И.В., Жуковец А.Г., Касюк А.А.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Республика Беларусь

E-mail: bcerk@tut.by

Введение. Верификация диагноза у пациентов с новообразованиями основания черепа и верхнешейного отдела позвоночника требует точного интраоперационного контроля, ввиду сложности анатомической структуры данных локализаций.

Цель работы. Повысить информативность и безопасность морфологической верификации опухолей, труднодоступных для биопсии локализаций.

Материал и методы. Материалом послужили данные 15 пациентов с опухолевым поражением основания черепа и верхнего шейного отдела позвоночника. Среди больных было 10 мужчин и 5 женщин. Возраст варьировал от 15 до 78 лет (медиана 53 года). Всем пациентам биопсия была выполнена под навигационным контролем (навигационная станция Stealth Station TREON plus, Medtronic).

Результаты и обсуждение. Злокачественный характер поражения был установлен у 8 пациентов (рак основной пазухи – 3 пациента, рак решетчатого лабиринта – 2, рак носоглотки – 1, метастаз рака молочной железы – 1, хордома – 1), доброкачественный – у 7 (фиброзная дисплазия – 2 пациента, гигантоклеточная опухоль – 1, гранулема – 1, кавернозная гемангиома – 1, лимфангиома – 1, остеома – 1).

Осложнений после диагностических манипуляций с применением навигационной станции не было. Верификация диагноза была достигнута у 100% пациентов.

Заключение. Использование навигационной станции позволяет повысить эффективность диагностических манипуляций и обеспечить точный интраоперационный контроль у больных с опухолями основания черепа и верхнешейного отдела позвоночника.

КОМПЛЕКСНАЯ СОНОГРАФИЯ И КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Быкова А.А., Кондрашин С.А., Кобликов В.В., Сапожкова Л.П., Дробышев А.Ю., Селиванова Т.П.

Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

E-mail: rombos884@rambler.ru

Цель. Совершенствование способов диагностики и дифференциальной диагностики плеоморфных аденом (ПА) больших слюнных желез с помощью комплексной сонографии и неконтрастной компьютерной томографии (КТ).

Материалы и методы. Обследовано 143 пациента с опухолями больших слюнных желез. Всем пациентам выполнена стандартная и цветная доплеровская сонография и 64 больным – КТ слюнных желез. Сонографию осуществляли по стандартной методике на аппарате Toshiba-SSH 140A. Неконтрастная КТ слюнных желез осуществлялась на сканерах LightSpeed (General Electric, США) и Tomoscan LX (Philips, Германия) в аксиальной проекции, время сканирования 2-5 с, шаг 5 мм, толщина среза 3 мм.

Результаты. Было выявлено 78 плеоморфных аденом (ПА). При стандартной сонографии ПА в 46 (82,2%) случаях определялись как овальные или круглые гипоэхогенные образования с четкими контурами и неоднородной структурой. ПА диаметром до 1 см имели гомогенную структуру, а более 1 см – негомогенную за счет участков геморрагий и разражений. При проведении цветовой доплеровской сонографии слабая (0 и +) степень васкуляризации и периферический рисунок артериального кровотока наблюдались у 74 (94,9%) ПА. Пиковая систолическая скорость варьировала от 13,2 до 41,4 см/с., диастолическая – 6,0 см/с.

При КТ ПА околушной железы имеет вид одиночного образования повышенной плотности (M=29,6±4,2 ед.Н), округлой формы, с четкими границами и ровными контурами в 44 (83,6%) наблюдениях. Плотность ПА поднижнечелюстных слюнных желез не имели четких границ, отделяющих опухоль от железы, плотность опухоли соответствовала плотности паренхимы. Комплексная сонография при выявлении ПА показала чувствительность 100%, специфичность 96,3%, точность 97,6%, а КТ – 97,6, 96,4, 97,6% соответственно.

Выводы. Анализ обследования пациентов показал, что ведущим методом визуализации является комплексная сонография. Она позволяет четко выявить размер, структуру, форму, характер и степень кровоснабжения опухоли. Для оценки опухоли диаметром более 3 см применяется КТ, точно оценивающая объем, структуру опухоли, состояние соседних анатомических структур.

ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Савостикова М.В.

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

E-mail: mnioict@mail.ru

Введение. Иммуноцитохимическое исследование при раке щитовидной железы (ЩЖ) помогает в дифференциальной диагностике различных гистологических форм рака, а в некоторых случаях позволяет установить характер патологического процесса в ЩЖ.

Цель нашего исследования – оценить возможности иммуноцитохимического исследования в цитологической диагностике рака щитовидной железы.

Материалом исследования послужили дооперационные тонкоигольные биоптаты 141 больных, прооперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена по поводу различных заболеваний щитовидной железы. Выполнено 564 иммуноцитохимических исследований.

Результаты исследования. Применение ИЦХ при патологии щитовидной железы позволило решить ряд диагностических вопросов. Во-первых, установить характер патологического процесса. Козкспрессия НВМЕ-1, ЦК-19 и CD44v6 подтверждает злокачественный характер папиллярных эпителиальных образований щитовидной железы и отличает их от зоба, тиреоидита и фолликулярной аденомы. Частота обнаружения их в папиллярном раке (ПР), по данным нашего исследования, соответственно 78%, 98% и 80%.

ПР был установлен в 35 случаях, а в 26 – наблюдениях доброкачественный процесс (зоб, тиреоидит, аденома).

Во-вторых, определить гистологическую форму рака щитовидной железы. Для наиболее распространенного ПР ЩЖ характерна экспрессия тиреоглобулина и ТТФ-1, цитокератинов, преимущественно высокомолекулярных, особенно ЦК-19. Нами иммуноцитохимически подтвержден диагноз папиллярного рака в 38 наблюдениях. Медуллярный рак диагностирован цитологически и подтвержден иммуноцитохимически у 23 больных. Для медуллярного рака щитовидной железы наблюдалась положительная экспрессия кальцитонина, хромогранина А и синаптофизина и отсутствовала экспрессия тиреоглобулина.

В двух наблюдениях установлен диагноз фолликулярного рака. Опухолевые клетки экспрессировали тиреоглобулин и ТТФ-1, экспрессия кальцитонина отсутствовала. Для ФР характерна экспрессия низкомолекулярных цитокератинов, НВМЕ-1, галектина –3, Vcl-2, p27. Только проведение иммуноцитохимией с козкспрессией 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 положительны Trp53, редко ТТФ-1, цитокератины экспрессируются в 80%, ЭМА – в 30-50%, РЭА – менее 10%. В двух наблюдениях выраженная экспрессия CD45, CD30, CD20 и отрицательная CD3, CD15, кальцитонина и тиреоглобулина позволили диагностировать В-клеточную крупноклеточную лимфому.

В-третьих, определить метастатический характер поражения щитовидной железы. У четверых больных благодаря иммуноцитохимическому исследованию подтвержден метастатический характер поражения щитовидной железы. Наблюдались метастазы рака молочной железы, кишки, меланомы.

В-четвертых, ИЦХ позволяет определить прогноз течения папиллярного рака щитовидной железы. Наличие экспрессии p53 свидетельствовало о плохом прогнозе и раннем бурном метастазировании, что было подтверждено у 4 больных (10%).

Проведение цито-гистологических сопоставлений показало, что иммуноцитохимический метод позволяет в 95% случаев установить гистологическую форму рака щитовидной железы.

ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Тугулукова А.А.

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

E-mail: mnioict@mail.ru

В практической работе цитолог встречается с определенными трудностями в дифференциальной диагностике опухолей слюнных желез, преодолеть которые позволяет применение иммуноцитохимии и проведение цитологических сопоставлений.

Материал исследования представлен цитологическими препаратами от 217 больных, прооперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена по поводу опухолей слюнных желез.

Во всех наблюдениях проведено цито-гистологическое сопоставление. Для определения гистогенеза опухоли 11 больным (5%) потребовалось проведение иммуноцитохимии с использованием антител к общим цитокератам, НВМ-45, S-100, melan A, общему лейкоцитарному антигену, CD20, CD3, десмину.

Цито-гистологические сопоставления показали, что достоверность цитологической диагностики опухолей слюнных желез составила 93,55%; ошибочные заключения даны в 6,45% случаев, из которых гипердиагностика рака составила 1,8% (4 больных) и гиподиагностика – 4,65% (10 больных).

Анализ 4 ошибочных заключений по типу гипердиагностики показал, что в 3 случаях цитологически установлен диагноз аденокистозного рака, а гистологически – плеоморфная аденома и в одном случае ацинозноклеточный рак, а гистологически опухоль не подтверждена.

Гиподиагностика составила 4,65% (10 больных). В 7 случаях цитологически установлен диагноз плеоморфной аденомы, а гистологически – аденокистозный рак, в остальных 3 случаях с цитологическим заключением плеоморфной аденомы, гистологически выявлены ацинозноклеточный рак, мукоэпидермоидный рак и рак из плеоморфной аденомы.

Для проведения дифференциальной диагностики между метастазом меланомы, крупноклеточной лимфомой и недифференцированным раком 11 больным провели иммуноцитохимическое исследование с целью установления гистогенеза опухоли.

В результате у 5 больных обнаружены метастазы меланомы, у 3 недифференцированный рак, в остальных 3 случаях: В-клеточная крупноклеточная лимфома, аденомиоэпителиома, смешанная опухоль слюнной железы.

Заключение. Трудности цитологической дифференциальной диагностики чаще возникают при аденокистозном раке и плеоморфной аденоме и ацинозно-клеточной опухоли и мономорфной аденоме. Это объясняется схожестью цитологической картины.

Для дифференциальной диагностики рака и неэпителиальных новообразований слюнных желез необходимо применять иммуноцитохимическое исследование, которое в 100% случаев позволяет дать ответ об эпителиальной, либо неэпителиальной природе опухоли.

ИММУНОЦИТОХИМИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОПАТОЛОГИИ ШЕЙНЫХ И ПОДЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Волченко Н.Н., Славнова Е.Н.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

mnioict@mail.ru

Введение. Иммуноцитохимический (ИЦХ) метод исследования, в том числе флуоресцентная иммуноцитохимия (ФИЦХ) могут оказать существенную помощь в определении характера поражения лимфатических узлов.

Цель работы – определить возможности ИЦХ, в том числе ФИЦХ в диагностике поражения лимфатических узлов.

Материалы и методы. Методом ИЦХ и ФИЦХ исследовано 104 шейных, 12 подчелюстных лимфатических узлов. В исследовании использовали широкую панель антител («Dako»): к эпителиальному антигену Ber EP4 FITC с флуоресцентной меткой, общим цитокератинам, ЭМА, эпителиальному антигену Ber EP4, виментину, десмину, CK7, CK20, CK5/6, CA125, P3A, P3, PП, хромогранину А, синаптофизину, НВМЕ-1, ТТФ-1, тиреоглобулину, кальцитонину, GCDPF-15, WT-1, cdx2, CD45, CD20, CD3, CD10, CD5, CD23, CD15, CD30, Cyclin D1, CD68, bcl2, Ki67, HMB45, S100, melan A, p63, NSE, c-erbB2, PSA.

Результаты исследования. С помощью ИЦХ и ФИЦХ в диагностике поражения лимфатических узлов решали следующие задачи: анализировали метастатические лимфатические узлы для уточнения гистогенеза первичной опухоли-38 наблюдений (точность – 95%), уточнение источника метастазирования в лимфатические узлы при наличии множественных злокачественных процессов – 4 наблюдения (гистогенез установлен во всех случаях), определяли локализацию злокачественного процесса при наличии метастатического поражения лимфатических узлов без выявленного первичного очага (БПО) – 15 наблюдений (первичная локализация установлена в 67%), исследование лимфатических узлов для подтверждения или исключения метастаза, в том числе срочное интраоперационное выявление метастатического поражения лимфатических узлов – 22 наблюдения (точность – 100%), дифференциальная диагностика между метастазом рака и лимфомой – 5 наблюдений (точность – 100%), иммунофенотипирование лимфом и диагностика лимфогранулематоза – 32 наблюдения (точность – 98%).

Заключение. Методы ИЦХ и ФИЦХ надежные методы в диагностике поражения лимфатических узлов. Особенно перспективно применение метода ФИЦХ в срочной интраоперационной диагностике. Метод достаточно быстр, надежен, не требует сложной подготовки препаратов, исследование занимает 30 минут.

МЕТОДИКА ТРАНСКУТАННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРТАНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Воргова Д.Н., Важенин А.В., Яйцев С.В., Аладдин А.С.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер», ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», Челябинск, Россия.

Email: – Aladindoctorru@mail.ru

Стадирование рака гортани невозможно без оценки распространенности злокачественного новообразования, в просвете полого органа, без анализа поражения его каркаса (хрящевой части). Точность стадирования определяет адекватность лечебной тактики. Ультразвуковое исследование (УЗИ) гортани информативно при хроническом ларингите, фибромах, папилломатозе. Сонографическое исследование гортани при раке гортани требует дальнейшего изучения.

Цель исследования. оценка транскутанного исследования гортани при раке гортани.

Материалы и методы. УЗИ гортани проводили на УЗ-сканере экспертного класса «GE LOGIQ 9», с линейным многочастотным датчиком с частотой 10 МГц. Исследования выполнялись в В-режиме и режиме цветового доплеровского картирования. Исследование проведено 49 пациентам после лучевой или химио-лучевой терапии. Средний возраст пациентов 49,45 ± 5,67 лет. Преобладали мужчины – 90%. Во всех случаях был плоскоклеточный рак. Из 49 пациентов 10 были оперированы, всем сделана экстирпация гортани.

Результаты и выводы. Мы установили, что поперечные срезы являются наиболее информативными, УЗИ в В-режиме позволяет оценить контуры гортани (хрящи) и ее структуру и функцию. Исследования в режиме цветового доплеровского картирования позволяет выявить наличие патологического кровотока, характерного для опухоли. Сравнивая результаты УЗИ и патоморфологические изменения, у оперированных пациентов мы установили, что в 8 (80%) случаях данные УЗИ соответствовали имеющимся патоморфологическим изменениям опухоли гортани. В 1 случае отмечена неправильная трактовка результата ультразвукового исследования. В 1 случае выявлено расхождение данных ультразвукового исследования и морфологического строения, что связано с трудностями диагностики после лучевого лечения.

Внедрение методики транскутанного ультразвукового исследования гортани выявило высокую информативность этого метода в крупной многопрофильной клинике, возможности УЗИ гортани раке этой локализации требует дальнейшего изучения.

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РЕБЕНКА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Гостимский А.В., Романчишен А.Ф.

Кафедра госпитальной хирургии Санкт-Петербургской государственной Педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии, Санкт-Петербург, Россия

E-mail: vabalayte@bk.

Рак щитовидной железы (РЩЖ) у детей относительно редкое заболевание, составляет от 1 до 3% от общего количества злокачественных новообразований. Вместе с тем он характеризуется агрессивным течением: частота регионарных метастазов составляет 28,2-78,7%, мультицентрический рост выявляется у 8,5-51,0% больных, распространение опухоли Т3-Т4 – 5,3-41,5%, поражение опухолью других органов – 1,3-14,0%.

Девочка К., 10 лет, поступила в клинику госпитальной хирургии 05 июня 2001 года с единственной жалобой на наличие образования на передней поверхности шеи. Из анамнеза заболевания известно, что новообразование на шее впервые выявлено в возрасте 2 лет. Наблюдалась детскими хирургами по месту жительства с диагнозом: срединная киста шеи. В 2 года выполнена пункционная биопсия. Заключение цитолога: аденома щитовидной железы. Хирургическое лечение не предлагалось. Накануне госпитализации лечилась у невролога по поводу болей в тазобедренном суставе. Осмотрена ортопедом: костной патологии не выявлено. Перед операцией выполнены: УЗИ щитовидной железы, КТ шеи, сканирование – выявлены множественные узлы в ЩЖ. При исследовании функции щитовидной железы отклонений от нормы не выявлено.

07 июня 2001 года девочка оперирована. Выполнена тиреоидэктомия, двусторонняя паратрахеальная лимфаденэктомия. Гистологическое заключение: мультицентрический папиллярный рак щитовидной железы, в лимфоузлах метастазов не выявлено. В марте 2002 года вновь появились жалобы на боли в правом тазобедренном суставе. По месту жительства выполнена трепан-биопсия образования крыла подвздошной

кости – метастаз папиллярного рака. Больная направлена в медицинский радиологический научный центр РАМН г. Обнинск, где периодически лечилась радиойодом. Отмечена стабилизация метастаза в кость. В декабре 2002 года выявлен метастаз в лимфоузел шеи слева, по поводу чего 14.01.2003 выполнена боковая ЛАЭ.

Таким образом, неверная трактовка данных пункционной биопсии привела к многофокусному росту карциномы, распространению опухоли в лимфатические узлы шеи и кости, а так же задержке хирургического лечения на 8 лет. Дети с узловыми поражениями ЩЖ должны быть оперированы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Григорук О.Г., Степанова А.С., Самсонова О.А., Зоркина Ю.Н., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал ГУ Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина РАМН, ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», Барнаул, Россия

E-mail: cytolakod@rambler.ru

На рак гортани приходится 1,6-2,2 всех случаев злокачественных опухолей у мужчин и 0,2-0,4 у женщин (Н.А. Дайхес, В.П. Быкова, А.Б. Пономарев, Х.Ш. Давудов, 2009). При диагностике рака чаще используется гистологическое исследование. Исследовательских работ, касающихся возможностей цитологической диагностики, крайне мало.

Цель исследования – провести анализ диагностических возможностей цитологического метода исследования при раке гортани.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили соскобы со слизистой гортани, полученные при проведении фиброларингоскопии. Препараты окрашивали по методу Паппенгейма. Учитывали данные канцер-регистра в окончательном диагнозе.

Результаты. Изучены данные цитологического исследования соскобов, полученных при фиброларингоскопии у 440 больных за год. Мужчин было 394 (89,5%) человека, женщин – 46 (10,5%). Больные были направлены в онкологическое учреждение с целью исключения онкопатологии. У 306 (69,5%) больных отмечены воспалительные элементы и клеточные изменения реактивного характера. Клинический диагноз этих больных предполагал различные хронические формы ларингита (268), папилломы (11), кисты (5), эрозии голосовых связок (2) и лейкоплакии голосовых связок (2). У 18 больных наблюдали многоядерные клетки, характерные для воспаления вирусной этиологии. Данные о плоскоклеточном раке получены у 61 (13,9%) больного. Не вызывал сомнений диагноз у 39 (8,9%) больных (36 – мужчин, 3 – женщины) в возрасте от 46 до 82 лет. Подозрение на рак отмечено у 22 (5,0%) больных, материал которых отличался скудным клеточным составом. Цито-гистологические параллели проведены у 46 (75,4% больных с данной патологией), во всех случаях у этих пациентов в гистологическом исследовании установлен диагноз плоскоклеточного рака. В остальных 15 (24,6%) наблюдениях цитологический диагноз был единственным подтверждением опухоли. Следует отметить, что в большинстве наблюдений опухолевые клетки в цитологическом материале немногочисленны, что характерно для забора материала из гортани. Врач, исследующий данную патологию, должен иметь определенный опыт, учитывать этот факт, чтобы не пропустить единичные опухолевые клетки. Признаки ядерного и клеточного полиморфизма, а также патологического ороговения в цитоплазме клеток,стораживающего в отношении плоскоклеточного рака, отмечали у 17(3,9%) больных, в 13 из которых в повторном исследовании установлен плоскоклеточный ороговевающий рак. Были проведены контрольные цитологические исследования у 56 (12,7%) больных после дистанционной лучевой терапии. Рецидив плоскоклеточного рака установлен в одном наблюдении, в остальных случаях проведена оценка клеток (постлучевые изменения, реактивно-воспалительного характера, патоморфоз клеток и пр.).

Таким образом, цитологический метод исследования является достаточно информативным и при комплексном применении с другими методами диагностики дает возможность правильно оценить характер поражения гортани злокачественной опухолью. Врачу-цитологу необходимо использовать при диагностике рака гортани все существующие цитологические критерии, в том числе и косвенные признаки. Врач, обследующий больного с образованием в гортани, в окончательном диагно-

зе, наряду с клиническими признаками должен учитывать особенности цитологических характеристик с учётом немногочисленных клеток опухоли, признаков патологического ороговения в цитоплазме, клеточного и ядерного полиморфизма.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Евдокимов Б.С., Брюханов А.В., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», Барнаул, Россия

E-mail: aoc@ab.ru

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики новообразований орофарингеальной зоны методами рентгеновской спиральной компьютерной томографии (РСКТ) и магнитно-резонансной компьютерной томографии (МРКТ).

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов (76 больных со злокачественными опухолями (аденокарцинома, плоскоклеточный рак) и 4 пациента с доброкачественными опухолями (папиллома, фиброма, липома) полости рта и ротоглотки.

Все случаи опухолевого процесса подтверждены результатами биопсии (в 83,8% встречался плоскоклеточный рак, в 11,3% аденокарцинома и саркома, в 5% выявлена папиллома, фиброма и липома. Вначале выполнялась МРКТ (Gyrosan Intera 1.0 Philips), затем РСКТ (Somatom AR Star Siemens, Toshiba ASTEION4).

Результаты. РСКТ высоко информативна в выявлении костно-деструктивных изменений, связанных со злокачественным инфильтративным ростом опухоли (чувствительность 100%, специфичность 100%). Оценивалось состояние костных структур лицевого скелета, выявлялось распространение опухолевого процесса на внутреннюю кортикальную пластинку и альвеолярный отросток нижней челюсти и на ее тело, исключалось вовлеченность в патологический процесс подъязычной кости твердого неба. Из всей группы злокачественных опухолей полости рта и глотки по данным РСКТ мы выявили 12 случаев (15,8%) деструкции нижней челюсти у пациентов с плоскоклеточным раком слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти и слизистой оболочки дна полости рта. В зависимости от площади опухолевого поражения определялось: краевая деструкция внутренней замыкательной пластинки (3 случая), краевая деструкция внутренней замыкательной пластинки и тела нижней челюсти (7 случаев), сквозная деструкция (2 случая). Также РСКТ прямыми и косвенными признаками выявляла саму опухоль, демонстрируя чувствительность 76% и специфичность 73%. Все исследования выполнялись с внутривенным болюсным контрастированием. По данным РСКТ выявлено 32 (21,3%) злокачественных образований полости рта и языка, 19 (12,6%) различных отделов глотки. Доброкачественные опухоли на РСКТ не определялись, так как не накапливали контрастное вещество и не имели большой площади поражения.

МРКТ демонстрировала значительно более высокую тканевую контрастность, что позволяло дифференцировать между собой различные анатомические структуры полости рта, глотки, языка и дна полости рта, позволяло оценивать распространение опухоли на слизистую оболочку нижней челюсти, а так же определять направление роста опухоли и признаки регионарного метастазирования по путям лимфатического оттока. По данным МРКТ выявлено 47 (31,3%) злокачественных образований полости рта и языка, 29 (19,3%) различных отделов глотки, 4 доброкачественных опухоли, 2 из которых были представлены папилломой. При проведении магнитно-резонансного исследования четко определялся дополнительный мягкотканый компонент опухоли, оценивались его размеры и структура без дополнительного внутривенного введения контрастного вещества. Чувствительность методики составила 98%, специфичность 96%.

Выводы. Используя данные РСКТ и МРКТ, появилась уникальная возможность анализировать мягкотканый компонент опухоли, определять ее границы, структуру, взаимоотношение с окружающими тканями (МРКТ), анализировать вторичные изменения злокачественного опухолевого роста, связанные с разрушением костных структур лицевого скелета (РСКТ). Все это в последующем дает возможность более точно спланировать тактику последующего лечения, объем оперативного вмешательства.

ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ^{99m}Tc-МИБИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

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

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия

E-mail: balatskaya@oncology.tomsk.ru

Цель исследования. Изучение возможности применения однофотонной эмиссионной компьютерной томографии с ^{99m}Tc-МИБИ (ОЭКТ) в диагностике и оценке результатов предоперационной химиотерапии у больных раком гортани и гортаноглотки.

Материалы и методы. ОЭКТ с ^{99m}Tc-МИБИ была выполнена 36 больным раком гортани или гортаноглотки T1-4N0-1M0. Повторная ОЭКТ после двух курсов неoadъювантной химиотерапии проведена 18 пациентам. По результатам исследования рассчитывали индексы: опухоль/подчелюстная слюнная железа, опухоль/околоушная слюнная железа, опухоль/скальп.

Результаты. Чувствительность метода в диагностике злокачественных опухолей гортани и гортаноглотки составила 97%. При вычислении количественных показателей получили следующие результаты: среднее значение индекса О/подчел.жел.р = 0,73±0,37, среднее значение индекса О/околоушн.жел.р = 0,76±0,47 и среднее значение О/скальп = 5,81±2,98. В группе пациентов, которые обследовались повторно, у 14 человек визуально отмечалось выраженное снижение накопления индикатора в опухолевой ткани. При этом индекс О/подчел.жел.р уменьшался с 0,73±0,37 до 0,51±0,09 (p<0,05), индекс О/околоушн.жел.р с 0,76±0,47 до 0,46±0,19 (p=0,06), а индекс О/скальп с 5,81±2,98 до 4,47±1,22 (p>0,08).

Выводы. Таким образом, ОЭКТ с ^{99m}Tc-МИБИ может стать не только одним из дополняющих методов диагностики рака гортани и гортаноглотки, но и объективным методом оценки эффекта неoadъювантной химиотерапии

ЕЩЕ ОДНА ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕЦИДИВА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Катеруша Е.И., Павлова И.Н., Конопацкова О.М.

Дорожная клиническая больница на ст.Саратов-2, Саратов, Россия

E-mail: katerusha-ei@mail.ru

Одним из способов лечения заболеваний щитовидной железы является хирургический. Однако он не гарантирует от возникновения рецидивов.

Цель исследования – изучить показатели иммунологического статуса и уровня интерлейкинов, как параметров прогнозирования рецидивов.

Материалы и методы. Обследован 41 человек с рецидивом рака щитовидной железы и узлового зоба. Преобладали женщины (61%). Пациентов разделили на две группы: первая – 20 человек, оперированных по поводу рака (преобладал папиллярный рак – 71%); вторая – больные, оперированные с диагнозом узловой зоб (21 человек). Изучали иммунологический статус. Клеточный иммунитет (СД3+, СД4+, СД8+, СД20+ клетки) определяли с использованием моноклональных антител; рассчитывали ИРИ. Гуморальное звено иммунитета оценивали по IgG, IgA, IgM. Изучали ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО.

Результаты исследования. У пациентов, имевших рецидив рака, отмечено снижение параметров клеточного иммунитета. В частности, СД3+ клетки до 46,8%. При рецидиве узлового зоба СД3+ клетки были снижены до 54,3%. Констатирован дисбаланс СД4+ и СД8+ клеток в обеих группах, выраженнее он был в первой группе. IgG, IgA, IgM колебались в пределах референтных значений. Тенденция к их снижению отмечалась в первой группе, что особо отражалось на уровне IgG. Количество ИЛ-1 при раке было несколько выше – 4,17, при узловом зобе – 3,96. Уровень ИЛ-6 в первой группе достоверно ниже, чем во второй (соответственно, 2,56 и 4,44). Отчетливо прослеживается снижение ФНО при раке (0,16 против 1,30 при узловом зобе).

Выводы. Таким образом, проведенный анализ дает возможность высказать обоснованное утверждение, что при рецидивах заболеваний щитовидной железы имеются нарушения иммунологических показателей, которые наиболее отчетливы при рецидиве рака.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ ПРИ СОНОГРАФИИ РАКА СРЕДИННОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ

Козаренко Т.М., Кравченко Д.А., Сережко Ю.А.

ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМНУ», Киев, Украина

E-mail: takozar@mail.ru

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является информативным методом диагностики новообразований гортани. Преимуществом метода является возможность многократного его проведения, неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки.

Цель. Повышение эффективности УЗИ при раке срединного отдела гортани.

Материалы и методы. В отделе онкопатологии ЛОР-органов обследовано и пролечено 40 больных плоскоклеточным раком, различной степени дифференцировки, срединного отдела гортани (T1-2N0M0). УЗИ гортани проводили на аппарате «Sonoline G50» используя мультислотный датчик 7 МГц. Во время исследования выполняли функциональные пробы: 1) с фонацией звука «и» в нативе и в доплеровском режиме, 2) с повышением давления по методу Вальсальвы.

Результаты. Фонация звука «и» выявляет ограничение подвижности глосовых складок, распространение опухоли на соседние структуры. В доплеровском режиме отмечается отклонение воздушного потока в сторону пораженной голосовой складки. Повышение внутригортанного давления помогает в определении границ и подвижности срединных структур гортани. Выявляет изменение подвижности пораженной голосовой складки и вовлечение в опухолевый процесс передней комиссуры, области черпаловидных хрящей, межчерпаловидного пространства. Функциональные пробы позволяют уточнить объем хирургического вмешательства до операции, визуализировать изменения во время лучевой терапии.

Выводы. Функциональные пробы при УЗИ повышают качество диагностики рака срединного отдела гортани и динамического наблюдения во время лечения. Очевидно, возможно их применение при диагностике других заболеваний гортани.

ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ НЕОПЛАЗИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кондратьева Т.

E-mail: ttkondr@gmail.com

Наличие узла в ЩЖ всегда является источником беспокойства для больного и серьезной диагностической задачей для врача. Наиболее «острым» является вопрос о тактике ведения больного: оперировать или лечить консервативно? По мнению большинства хирургов и эндокринологов наличие узлообразования в ЩЖ является абсолютным показанием к хирургическому вмешательству. Основным аргументом подобного тезиса является утверждение о том, что дифференциальную диагностику опухолевого и неопухолевого, доброкачественного и злокачественного процесса в ЩЖ можно осуществить только при гистологическом исследовании операционного материала. Положение об оперативном удалении всех узловых образований ЩЖ в настоящее время подвергается пересмотру. Только данные о морфологическом характере наблюдаемых изменений являются залогом адекватности выбранного лечения. Мерой профилактики лечебно-диагностических ошибок является обязательное применение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) с последующим цитологическим исследованием.

Современный подход к проблеме заключается в дифференциации не только характера процесса в узле до операции (доброкачественный или злокачественный), но и в возможности определения морфологической формы опухоли и даже ее вариантов по материалу пунктатов ЩЖ.

Точность цитологического диагноза помимо прочих причин существенно зависит от вида поражения, а также во многом определяется профессионализмом врача-цитолога

В 60-70% случаев по данным ТАБ диагностируются доброкачественные процессы, при которых под маской узлового зоба существуют многоузловой зутироидный зоб, коллоидный зоб, тироидит Хашимото, реже – диффузный токсический зоб. Так называемые «сомнительные» заключения при ТАБ составляют 5-10% и, как правило, связаны с проблемой интерпрета-

ции цитологических характеристик при выраженной пролиферации тиреоидного эпителия с наличием микрофолликулярных и папиллярных структур. Более 80% сомнительных узлов являются проявлением фолликулярной аденомы, однако такого рода образования могут быть представлены аденоматозным зобом, хроническим тиреоидитом, фолликулярным раком с минимальной инвазией и фолликулярным вариантом папиллярного рака. Морфологическая диагностика их может быть связана со значительными трудностями, что и обусловило введение в практику термина «фолликулярная опухоль», «фолликулярная неоплазия». Использование его должно было способствовать уменьшению числа оперированных больных с неопухоловой патологией. Однако приходится констатировать, что в нашей стране этот интегральный термин нашел неоправданно широкое применение, что чаще всего связано с квалификацией практикующих врачей-цитологов. Существуют данные зарубежных исследований о том, что у 80% пациентов с фолликулярной неоплазией выполняется неадекватная тиреоидэктомия. Заключение о наличии «фолликулярного образования» по существу не помогает клиницисту оценить морфологический характер изменений в узле с целью выбора лечения и адекватного объема оперативного вмешательства. Диагностика малигнизации в таких случаях целиком зависит от профессионализма врача-цитолога на дооперационном этапе и от нахождения патологом бесспорных признаков инвазии капсулы и сосудов на операционном материале. Следует подчеркнуть, что использование термина «фолликулярная неоплазия» отражает существующие объективные трудности морфологической диагностики фолликулярноклеточной пролиферации, подтверждая тот факт, что в щитовидной железе, как и в других эндокринных органах, крайне сложно провести различие между гиперпластическим и опухолевым процессом, а также между доброкачественной и злокачественной опухолью, причем первая задача значительно сложнее, чем вторая. Характеристика клеток и ядер тиреоидного эпителия имеет решающее значение для диагноза, причем высокая клеточность и выраженная атипия клеток не всегда являются надежными критериями при интерпретации фолликулярной пролиферации. В диагностические спорных, сложных случаях существенное значение имеют такие признаки как наличие митозов, в том числе атипических, распространенная ядерная атипия; дополнительную помощь может оказать иммунологическое исследование (галектин-3, HBME-1, фибронектин, CK19, Ki-67 и др.).

Современные данные о молекулярно-генетических изменениях в клетках фолликулярного эпителия свидетельствуют о возможных корреляциях с морфологическими особенностями именно клеточных характеристик тиреоидного эпителия, что возможно поможет ответить на вопросы дифференциальной диагностики фолликулярных пролифераций и опухолей неясного злокачественного потенциала.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ли Сонг Хи, Ли Со Хи

Институт онкологии АМН КНДР, Пхеньян, КНДР

E-mail nsk217@rambler.ru

Тактика лечения и прогноз при раке щитовидной железы зависят от морфологической структуры опухоли. Нетравматичные и информативные способы верификации на этапе обследования предпочтительны.

Цель. оценить информативность тонкоигольной пункции для диагностики рака щитовидной железы.

Материалы и методы. В период 2000-2010 гг. в клинике Института онкологии наблюдалось 164 пациента с диагнозом рак щитовидной железы, которым на догоспитальном этапе под контролем УЗИ была выполнена тонкоигольная пункция опухоли иглой 22-23G, окраска мазка по Лейшману. Проведено сравнение результатов цитологического и гистологического исследований.

Результаты. сравнение показало, что точность диагностики папиллярного рака составила 91%, фолликулярного — 61%. Для высококодифференцированного рака совпадения составили 92%, для низкодифференцированного — 72,4%.

Вывод. тонкоигольные пункции являются высокоинформативным способом дифференциальной диагностики и морфологической верификации при раке щитовидной железы.

ДИАГНОСТИКА ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ НОВЫХ МЕТОДОВ МИКРОСКОПИИ

Решетов И.В., Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Тычинский В.П., Сухарев С.С.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития»,
Московский институт радиозлектроники и автоматики,
ФГОУ ИПК ФМБА России, Москв, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

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, полученных от 50 больных папиллярным раком щитовидной железы и 45 больных с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы. Для анализа морфологии и прижизненной динамики клеток использовали когерентный фазовый микроскоп (КФМ «Зирискан»). Для анализа микрорельефа поверхностей клеток использовали исследовательский комплекс Интегра на основе Атомно-Силовой 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 цитоплазменной 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 сопровождалась 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. Обращает на себя внимание измененный грубый микрорельеф поверхности ядер. Обнаруживаются ядрышки в виде локальных возвышений. 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 290 ± 82 нм позволяет дифференцировать их с дистрофическими изменениями. Следует отметить небольшое увеличение размеров ядер при ПР ЩЖ, высота цитоплазмы — 266 ± 74 нм, высота ядра — 605 ± 103 нм, высота ядрышек (над ядром) — $175 + 25$ нм. Соотношение высоты ядра к цитоплазме — $2,5 \pm 1,2$. Соотношение высоты ядрышка к высоте ядра — $0,3 \pm 0,2$.

Измерения морфометрических параметров с помощью АСМ при фолликулярной аденоме щитовидной железы показали, что высота цитоплазмы 277 ± 64 нм, высота ядра — 547 ± 151 нм. Соотношение высоты ядра к цитоплазме — $2 \pm 0,5$. Соотношение высоты ядрышка к высоте ядра — $0,09 \pm 0,05$. Показатель соотношения высоты ядрышка к высоте ядра значительно отличаются при папиллярном раке щитовидной железы и фолликулярной аденоме и может служить объективным критерием дифференциальной диагностики между этими патологическими процессами.

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.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КРАНИООРБИТОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Решетов И.В., Давыдов Д.В., Комаров А.В.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития», Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ, Москва, Россия
E-mail: reshetoviv@mail.ru

Цель работы. Разработка оптимальных методик малоинвазивной диагностики и лечения опухолей краниоорбитофациальной локализации.

Материал и методы. Вмешательства с использованием эндоскопии применялись у 100 пациентов (52 мужчины, 48 женщин) с установленным диагнозом новообразования краниоорбитофациальной локализации. По первичной распространенности все злокачественные новообразования на момент обращения имели стадию Т3-4. 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. 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 органосохранности (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 эндоскопии 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.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СЦИНТИГРАФИЯ ВСЕГО ТЕЛА ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Родичев А.А., Крылов В.В., Гарбузов П.И., Олейник Н.И., Спиченкова О.Н., Гришина О.Г., Чеботарева И.В.

ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» МЗСоцР РФ, Россия, Обнинск

E-mail: thyro@mail.ru

Базисная тактика лечения дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ) у детей не отличается от взрослых. Ряд протоколов включает диагностическую сцинтиграфию всего тела (ДСВТ) всем больным, подвергшимся тиреоидэктомии. ДСВТ подразумевает использование радиоактивных изотопов йода с целью визуализации остаточной тиреоидной ткани и/или скрытых очагов ДРЩЖ. Задачами исследования было обнаружение скрытых легочных метастазов до радиойодобласти (РЙА), определение количественных характеристик и кинетики радиойода в легочных метастазах ДРЩЖ, оценка эффекта «блокирования». В группу включены 11 больных после тиреоидэктомии до РЙА и 16 с уже установленными легочными метастазами через 6 месяцев после РЙА. Возраст колебался 6 – 16 лет ($12,7 \pm 2,5$). Больным выполнялась СВТ через 4, 24, 48 и 72 часа после введения 2мКи 131I. Из 11 больных до

РЙА у 4-х диагностическая СВТ выявила патологическое включение радиойода в легких 8-24% счета всего тела, которое сохранилось у всех после введения терапевтической активности (54-70мКи). Среди 16 больных, с выявленными метастазами, накопление 131I в легких наблюдали у 11 (69%) после 2мКи, которое сохранилось только у 7 (44%) после 54-70мКи. Предшествующая интенсивность включения 131I в легких составила от 5 до 25% ($16,5 \pm 5,9$) общего счета всего тела, после проведения ДСВТ с 2мКи, она снизилась до 11-15% ($7,8 \pm 4$). Диагностическая СВТ имеет несомненную ценность для обнаружения скрытых легочных метастазов, что может влиять на выбор применяемой терапевтической активности радиойода в сторону её увеличения. В то же время для детей активность 2мКи является избыточной, вызывая «станет-эффект».

МОРФОЛОГИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ротин Д.Л.

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

E-mail: DRotin@nsi.ru

Введение. Метастатические опухоли головного мозга встречаются в несколько раз чаще первичных злокачественных опухолей ЦНС. Метастазы в головной мозг (МГМ) представляют собой неоднородную группу опухолей, биологическое поведение которых зависит от многих факторов, в т.ч. – от первичного источника и гистологического строения.

Цель работы. Изучить и проанализировать профиль первичных опухолей при МГМ.

Материалы и методы. Проведен анализ записей в истории болезни, гистологическое и иммуногистохимическое (ИГХ) исследование материала от 788 пациентов (Ж – 424, М – 364, возраст от 8 до 79 лет, медиана – 54 года), оперированных в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко с 01.01.2004 по 31.12.2010. ИГХ исследование выполнено с широкой панелью антител, включая GFAP, CK7, CK20, CK5/6, TTF-1, CDX-2, HMB-45, Melan A, S-100 и т.д.

Результаты. Первичной опухолью в 173 случаях был рак молочной железы (22%), рак легкого – 150 (19%), злокачественная меланома – 134 (17%), почечноклеточный и колоректальный рак – в 73 (9%) и 66 (8%) случаях соответственно. В 122 (15%) наблюдениях на момент нейрохирургической операции первичный источник МГМ не был определен. После проведения ИГХ в качестве первичного источника был установлен рак легкого – 59 наблюдений, колоректальный рак – 17, почечноклеточный рак – 10 наблюдений.

Заключение. Несмотря на разнообразие злокачественных опухолей метастазирующих в головной мозг, имеются опухоли (рак легкого, молочной железы, толстой кишки и почки, и меланома), наиболее часто вызывающие МГМ. Выявление первичного источника (в т.ч. при помощи ИГХ) необходимо для наиболее эффективного, современного качественного ведения и лечения пациента с МГМ командой специалистов.

РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИРЕОГЛОБУЛИНА В БИОПУНКТАХ ШЕЙНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ У БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Серёгин С.С., Бежин А.И., Хвостовой В.В.

ОГУЗ «Орловский онкологический диспансер», Орел, Россия
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

E-mail: serega_s2004@mail.ru

Введение. Во всем мире наблюдается рост заболеваемости раком щитовидной железы (ЩЖ). Высокая частота метастазирования папиллярного рака ЩЖ (ПРЩЖ) в лимфатические узлы шеи (ЛУ) и ограниченные возможности цитологического исследования (ЦИ), пальпации и УЗИ являются аргументом для поиска и внедрения новых методов ранней диагностики. Перспективным является определение тиреоглобулина (ТГ) в биопунктатах ЛУ шеи.

Материалы и методы. В исследование включено 15 пациентов с ПРЩЖ от 15 до 82 лет, которым после УЗ-ТАБ подозрительного ЛУ шеи, выполнено измерение уровня ТГ в смыве с пункционной иглы и сравнение полученного значения с базовым уровнем ТГ сыворотки пациента. После диагностиче-

ского этапа всем пациентам выполнена операция на ЩЖ и ЛУ шеи соответствующего объема. По данным гистологического исследования у всех подтверждены метастазы ПРЦЖ в ЛУ шеи.

Результаты. Повышенный уровень ТГ в смыве был выявлен у 10 пациентов (66,7%). У 5 (33,3%) он был ниже базового уровня ТГ. Лишь у 10 пациентов (66,7%) дооперационное ЦИ заподозрило наличие метастазов ПРЦЖ в ЛУ (6 пациентов с повышенным ТГ в биопунктате и 4 – с пониженным), у 5 пациентов (33,3%) ЦИ выявило наличие в ЛУ геморрагической жидкости без подозрения на метастазы.

Выводы. Возможности цитологического исследования в диагностике метастазов ПРЦЖ в лимфоузлы шеи ограничены, особенно в случае образования в лимфоузлах кистозных полостей. Параллельное использование методики определения уровня ТГ в биопунктате лимфоузла может улучшить диагностику. Низкий уровень ТГ в биопунктате относительно базового ТГ сыворотки не исключает наличия метастазов ПРЦЖ в лимфоузле.

МЕТОДИКИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ РЕЦИПИЕНТНЫХ СОСУДОВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ М/Х ОПЕРАЦИЙ

Степанов С.О., Ратушная В.В.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия
E-mail: mniioict@mail.ru

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 радиохимиоустойчивость опухолей.

Комбинированный характер онкологических операций и структурные особенности дефектов черепно-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 выстилки без агрессивного воздействия на окружающие ткани слизистой серкreta, васкуляризованного салникового 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.

Задачи: 1. Изучить особенности эхографической анатомии сосудов головы и шеи у больных с опухолями головы и шеи.

2. Разработать оптимальный комплекс ультразвуковой диагностики сосудов у больных с опухолями головы и шеи, в аспекте предстоящей реконструктивно-пластической операции.

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 100 больных с опухолевой патологией головы и шеи, которым планировалась микрохирургическая пластическая операция.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах:

- Аппарат ультразвуковой диагностики, укомплектованный линейными датчиками с частотой 9-4МГц и 13-5МГц, «Тошиба Медикал Системз» (Нидерланды) № 98/424 и № 98/963

- Аппарат ультразвуковой диагностики LOGIQ e «General Elektriks», укомплектованный линейным датчиком 9-4МГц.

При исследовании 100 пациентов в аспекте микрохирургической пластики исследовали поверхностные височные артерию и вену, лицевую и верхнюю щитовидную артерии с обеих сторон. Исследовали максимальную и минимальную скорости кровотока, индекс резистентности, диаметр сосуда. Все пациенты были поделены на две группы для адекватной оценки влияния лучевой и химиотерапии на состояние сосудов.

1. Первичные пациенты с опухолями области головы и шеи (50 человек).
2. Пациенты после лучевой, либо химиотерапии (50 человек).

В первой группе пациентов, у которых не было предоперационной лучевой или химиотерапии при ультразвуковом исследовании стенка сосудов была мягкоэластичной, легко сдавливалась при нажатии датчиком.

Во второй группе пациентов, прошедших предоперационную лучевую или химиотерапию, отмечалось фибрирование сосудистой стенки, потеря ее эластичности, уменьшении диаметра. Сосуды с малым диаметром (до 1,3-1,5мм) после радикальной дозы облучения не сжимались при нажатии датчиком. Это приводит к замедлению скорости кровотока и уменьшению показателей индекса резистентности.

Выводы. Проведен анализ состояния сосудистого русла и выявлены особенности архитектоники после проведения химиотерапии и лучевой терапии. Благодаря комплексному ультразвуковому исследованию сосудов бассейна наружной сонной артерии у онкологических больных стала возможной оценка реципиентных сосудов, дизайн лоскута и прогноз его послеоперационного состояния.

КОМПЛЕКСНОЕ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛАСТОГРАФИИ

Степанов С.О., Решетов И.В., Митина Л.А., Бородина Н.Б.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России»

borodina_n@list.ru

Распространенность рака щитовидной железы (ЩЖ) в России в 2009 г. составила 78,5 человек на 100 тысяч населения. При аутопсии лиц, умерших от нетиреоидных заболеваний, узлы в щитовидной железе находят более чем у 50% больных. По этим причинам одним из актуальных вопросов ультразвуковой диагностики является своевременная диагностика рака щитовидной железы. Для более быстрого и безопасного проведения дифференциальной диагностики заболеваний щитовидной железы нами применен новый метод УЗИ – эластография. Метод основан на оценке степени компрессии опухолевой и неизменной ткани.

Цель работы. Изучить возможности эластографии в выявлении рака щитовидной железы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на аппарате Hitachi «HI VISION 900» линейным датчиком 13-6 МГц с использованием режима серой шкалы, тканевых гормонов, адаптивного колорайзинга, спектральной импульсной доплерографии, цветового доплеровского картирования и эластографии. Были обследованы 23 пациента с очаговыми образованиями области шеи и ЩЖ, из которых 18 человек первичных пациентов и 5 пациентов с подозрением на рецидивный процесс после оперативного или комплексного лечения рака ЩЖ. Диагноз у всех больных был верифицирован цитологически и/или гистологически после оперативного вмешательства.

Результаты. Узловые образования у всех 23 пациентов нами пунктированы и морфологически изучены. В исследованной нами группе первичных больных у 4 пациентов доказан диагноз рака ЩЖ, у 2 из них при использовании эластографии обнаружены метастатические л/узлы. При помощи эластографии нам удалось заподозрить ПЩЖ, а с помощью прицельной пункции под контролем УЗИ верифицировать рак щитовидной железы не только в узле размером 2 см, но и найти мелкие очаги рака (менее 5 мм) в контрлатеральной доле. Все очаги, в которых в дальнейшем подтвержден рак, при эластографии в 5 раз были плотнее, чем неизменная ткань ЩЖ. Кроме того, эластография позволила обнаружить лимфоузлы с локальным утолщением коркового слоя до 5,3 мм. Данный участок лимфоузла при эластографии оказался плотнее других неизменных участков этого лимфоузла в 2,35 раза.

В группе динамического наблюдения после хирургического лечения (5 больных) УЗИ с использованием эластографии позволило выявить у 1 пациента рецидивный процесс в ложе щитовидной железы, у второго больного – рецидивный процесс в культе оставленной доли после гемитиреоидэктомии. У остальных больных в комплексном УЗИ были выявлены и подтверждены ТАБ очаги коллоидного зоба в культе сохраненной доли, очаг тиреоидита в культе контрлатеральной доли щитовидной железы. При анализе количественных показателей эластографии, участки с рако-

выми изменениями в щитовидной железе оказались плотнее в среднем в 5 раз по сравнению с участками неизменной ткани щитовидной железы, метастатически пораженные лимфоузлы были плотнее в 2,35-2,6 раз по сравнению с неизменными лимфоузлами шеи. Очаг аутоиммунного тиреоидита оказался плотнее по сравнению с неизменной тканью щитовидной железы в 3 раза, узловые образования, представляющие собой коллоидный зоб были плотнее в 1,5-2 раза, аденомы плотнее неизменной ткани щитовидной железы в 3-3,4 раза, узел, представляющий собой рецидив рака в ложе щитовидной железы был плотнее рубцовой ткани в 1,5 раза.

Небольшое количество пациентов не позволяет сделать статистически достоверные выводы об эффективности эластографии, однако полученные результаты свидетельствуют, что участки раковой опухоли в щитовидной железе и лимфоузлах имеют значительно большую плотность по сравнению с неизменными тканями. Это дает возможность дифференциальной диагностики между доброкачественным и злокачественным процессом в щитовидной железе и метастатических л/узлах шеи.

Заключение. Исследование эффективности эластографии требует дальнейшего продолжения на значительно большем материале. Полученные результаты позволяют предположить, что предлагаемый метод является многообещающим и перспективным в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Степанян М.А., Черкаев В.А., Ротин Д.Л.

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

E-mail: mastepanyan@mail.ru,

Введение – По литературным данным несовпадение результатов нейровизуализации с патоморфологическими при метастатических опухолях основания черепа достигает 48% вследствие отсутствия онкологического анамнез в 28% случаев и выявления первичных опухолей у больных со злокачественными опухолями различных органов в 20% случаев.

Цель работы – обсуждение возможных диагностических ошибок и разработка оптимального алгоритма для точной диагностики при метастатических опухолях основания черепа.

Материалы и методы – с 2000 г по 2010 г. в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко прооперированы 79 больных с метастатическими опухолями основания черепа. Пациентам проводились КТ (12 – 15,2%), МРТ (52 – 65,8%), КТ и МРТ (15 – 19%) с внутривенным контрастированием, сцинтиграфическое исследование (12%), ПЭТ (3%). Все больные подвергались различным нейрохирургическим вмешательствам, во всех случаях проводилась патоморфологическое исследование, в 35% случаев выполнялось иммуногистохимическое исследование.

Результаты обсуждения – при сравнении результатов рентгенологических и радионуклидных методов с патоморфологическими и иммуногистохимическими данными несовпадение результатов составляло 33% (24% в группе больных без онкологического анамнеза и в 9% в группе со злокачественными опухолями). Максимальной чувствительностью и специфичностью обладает МРТ в T1 и T2 – взвешенных исследованиях.

Выводы (или заключение) – При опухолях основания черепа оптимальное лечение можно выбрать только на основании патоморфологического и иммуногистохимического исследования, так как вероятность дооперационной ошибки методов нейровизуализации остается высокой.

ФИБРОЛАРИНГОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО РАКА ГОРТАНИ

Черемисина О.В., Мухаммедов М.Р., Меньшиков К.Ю., Панкова О.В.

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия

doc1966@yandex.ru

В 60% случаев на фоне предопухолевых и фоновых процессов в гортани (хронические воспалительные процессы) в сроки от 6 мес. до 7 лет

возможно развитие рака. Представляется актуальным скрининг пациентов с предопухолевыми заболеваниями гортани для формирования групп повышенного онкологического риска.

Материалы и методы. По программе формирования групп риска развития рака гортани, обследовано 111 пациентов с хронической патологией гортани, из них 68 – с хроническим гиперпластическим ларингитом (ХГЛ), 23 – с папилломатозом, единичными папилломами, 6 – с дискератозами, 14 – с различными доброкачественными образованиями.

Результаты. У 20 (18,0%) пациентов выявлен ранний рак гортани, который был заподозрен только в онкологическом учреждении при выполнении ФЛС. Кроме того, у 55 больных (49,5%) диагностированы диспластические (предопухолевые) изменения слизистой оболочки гортани. В том числе дисплазия III (тяжелая) степень, что является облигатным предраком по классификации ВОЗ, выявлена у 10, II степени – у 28, дисплазия I степени – у 17 больных. Пациенты с впервые диагностированной дисплазией слизистой оболочки гортани, вошли в группу повышенного онкологического риска, для них определены сроки динамического наблюдения, которые позволили в 3 случаях (1 – с дисплазией II и 2 – с дисплазией III степени соответственно) выявить начальные стадии злокачественного процесса.

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.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ

Шевченко С.П., Долгова Е.М.,
Карпинская Е.В., Шевела А.И., Махотин А.А.,
Дымов А.А., Ровенских Д.Н.

«КБ №1», отделение хирургической онкоэндокринологии, Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Лаборатория лучевой диагностики Центра НМТ в Академгородке, Новосибирский Государственный Университет, Медицинский факультет, Кафедра хирургических болезней, Новосибирск, Россия.

E-mail: shevchenko_sp@mail.ru

Введение. Соноэластография (СЭГ) – специальная методика визуализации, основанная на различии эластических свойств (упругости) нормальных и патологических тканей. Цель. Определить место СЭГ в современной диагностике рака щитовидной железы.

Материалы и методы. После получения результатов ТАПБ 52 пациента были разделены на 2 группы: 1. оперативное лечение не показано (коллоидные узлы, узловая форма АИТ) – 28 пациентов (53,8%). При этом коэффициент жесткости (КЖ) во всех случаях имел значение меньше 3 единиц. 2. оперативное лечение показано (аденома, дисплазия, подозрение на рак, рак) – 24 пациентов (46,2%). Все больные данной группы прооперированы. При окончательном гистологическом исследовании операционного материала было выявлено: 1. доброкачественные изменения – 5 пациента (20,8%); 2. высокодифференцированный рак щитовидной железы – 19 пациентов (79,2%). Далее были сопоставлены результаты гистологических исследований и соноэластографической картины у каждого прооперированного пациента.

Окрашивание узловых образований при СЭГ в синие тона и значение КЖ > 3 считалось признаком злокачественности образования, окрашивание в теплые тона и КЖ < 3 – доброкачественности.

Выводы.

1. По данным нашего исследования чувствительность СЭГ для выявления рака щитовидной железы составила 90%, специфичность – 93,7%, диагностическая точность – 92,9%.

2. Значение КЖ > 3 и окрашивание узловых образований в режиме соноэластографии в синие тона – высокоспецифичные критерии рака ЩЖ.

Учитывая высокую информативность СЭГ, данный метод, не являясь альтернативой морфологическому исследованию (ТАПБ), в совокупности с другими данными, улучшает дооперационную диагностику злокачественного процесса в щитовидной железе.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

LONG TERM RESULTS OF EXTERNAL RADIOTHERAPY BOOSTED WITH PDR OR HDR BRACHY-THERAPY IN BASE OF TONGUE CANCER

Margolin Gregory. M.D., Ph.D., Karling Jonas. SLP, Ph.D.
Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

E-mail: gregori.margolin@karolinska.se

E-mail: jonas.karling@tele2.se

Background. Brachy-therapy (BT) is a radiation therapy where the radiation energy is given in direct contact with the tumor. Base of tongue cancer (BOT) is a common neoplasm of the upper aerodigestive tract and has increased over the last 15 years. HPV infection play a role in the etiology of BOT.

Therapeutic management classically consists of radiotherapy, surgery or a combination of these modalities. Lately neoadjuvant and concurrent chemotherapy and inhibition of the EGF receptor during radiotherapy have indicated superior results to conventionally fractionated radiotherapy alone. Our current institutional policy is to use external radiotherapy (ERT) boosted with brachy-therapy (BT) for the primary tumor, supplemented with induction chemotherapy for fit patients. Surgery is reserved for residual neck disease.

Aim. Preferred BT boost technique is with pulsed dose rate (PDR), replaced with high dose rate (HDR) when PDR is not available, and aiming at similar BED values for late normal tissue effects. The present study reports the pilot results of this policy, evaluating early effect differences between boosts given with either PDR or HDR.

Material and methods. 50 newly diagnosed pts with squamous cell carcinomas of the BOT during 2002-2007 were respectively evaluated. Patients were staged according to the 2002 UICC staging system: T1-T2=30 pts, T3-T4=20 pts, stage I-II=4 pts, III-IV=46 pts. Male/female ratio was 35/15, median age 63 years (range 32-82). Accel. ERT was given to 23 pts (dose range 53.6-68 Gy) and conventional fractionation to 27 pts (dose range 50-68 Gy). BT was administrated over 2-4 days. PDR was given every second hour 5 times a day and HDR with 2 fractions per day, interval 6 hours. BT doses ranged from 9 to 27 Gy, depending on initial ERT dose. Induction chemotherapy was given to 24 pts.

Results. PDR was used for 54% of pts. Median time between ERT and BT was 15 days with no difference between boost techniques. At follow-up local control was seen in 45/48 pts (2 pts not evaluable because of early death). There were 2 failures with PDR and 1 with HDR. 40/50 pts are alive at follow-up, 5 dead from BOT cancer (1 regional, 1 distant failure), 3 from lung cancer, 1 from alcohol abuse and 1 from cardiovascular disease.

Conclusion. Tumor control was good in a long follow-up period for these mostly advanced patients with BOT cancer. No difference was registered between the PDR and HDR schedules at least for the dose ranges as used in the present study. Radiation dose/time schedules were chosen to reflect similar BED values for late normal tissue effects.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЛОСТИ РТА

Аладин А.С., Васильев Ю.С.

ГЛПУ Челябинский областной клинический онкологический диспансер,
Челябинск, Россия

E-mail: Aladindoctorru@mail.ru

Рак полости рта в десятке самых распространенных злокачественных опухолей. У 30-57% пациентов диагноз впервые устанавливается при III-IV стадии за-

болевания. Анатомические и функциональные особенности полости рта формируют неблагоприятные условия для лечения пациентов данной категории. В тоже время злокачественные опухоли полости рта являются чувствительными для лучевой терапии, что позволяет использовать их как модель при отработке разных способов и видов лучевого воздействия. При местно распространенных злокачественных опухолях полости рта применяется комбинированное лечение, включающее лучевую терапию с последующей операцией.

Цель. Анализ комбинированного лечения 24 пациентов с местнораспространенным раком полости рта.

Материалы и методы. Средний возраст пациентов 56 ± 5,7 лет. Длительность наблюдения от 2 до 27 мес. У всех был плоскоклеточный рак. Первый этап комбинированного лечения – дистанционная гамматерапия, СОД после первого этапа от 30 до 44 Гр. У 17 (70,84%) пациентов ДГТ проводилась на фоне радиомодификации цисплатин 40 мг/м² 1 раз в неделю. Через 3-4 недели выполняли операцию. Учитывая распространенность опухолевого процесса, всем больным выполняли шейную лимфодиссекцию, объем которой зависел от локализации опухоли, распространенности метастатического процесса.

Результаты. После первого этапа лечения осложнений не было. Лучевые реакции 1-2 степени отмечены у 21 (87,50), они были преходящими и не лимитировали сроки операции. После предоперационного курса ДГТ резорбции опухоли не было в 1 (4,17%) случае. После операции осложнения зафиксированы у 3 (12,5%) пациентов. Умерших в послеоперационном периоде не было.

Заключение. После проведенного лечения за время наблюдения продолженного роста или рецидива не было. Из 24 пациентов после комбинированного лечения умерло 2 (8,34) больных, причиной смерти стала сердечнососудистая недостаточность.

Выводы. Лечение пациентов с местнораспространенными злокачественными опухолями полости рта является трудной задачей. Оптимальный способ – комбинированная терапия. Развитие комбинированного лечения местно-распространенного рака полости рта связано с аккрецией разных видов лучевого воздействия – дистанционная гамматерапия, брахитерапия, нейтронная терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЖИМА ГИПЕРФРАКЦИОНИРОВАНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГЛИБЛАСТОМОЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Балканов А.С., Рыболовлев А.В., Петрушкина Н.Н.

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

E-mail: moniki@monikiweb.ru

Глиобластома головного мозга (ГГМ) – наиболее часто выявляемая опухоль центральной нервной системы (ЦНС). Несмотря на последние достижения в нейроонкологии, выживаемость пациентов с ГГМ, особенно в пожилом возрасте, оставляет желать лучшего.

Целью настоящего исследования являлось повышение выживаемости пожилых пациентов с ГГМ за счет оптимизации фракционирования дозы облучения при проведении адьювантной лучевой терапии.

В исследование включены 76 пациентов в возрасте 60 и более лет. Индекс Карновского пациентов был не ниже 80 %. Дистанционную гамматерапию (ДГТ) начинали через 4 недели после хирургического вмешательства. Исследовали влияние на выживаемость пожилых пациентов с ГГМ трёх режимов фракционирования: стандартного – РОД-2Гр; гипофракционирования – РОД – 2,5Гр; гиперфракционирования – РОД – 1,25Гр дважды в день с интервалом 4 час. ДГТ продолжали до суммарной очаговой дозы 50-60Гр. Для определения выживаемости использовали метод Каплан-Мейера.

Установлено, что однолетняя выживаемость пожилых пациентов с ГГМ, у которых использовалось гиперфракционирование, составила 67,5% и была достоверно выше ($p < 0,05$), чем при использовании двух других режимов (27,9%; 33,4%).

Полученные данные позволяют нам рекомендовать режим гиперфракционирования для использования при адьювантной лучевой терапии у пожилых пациентов с ГГМ.

РЕГИОНАРНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО КУРСА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Барышев В.В.

ФГБУ МРНЦ Министерства здравоохранения и социального развития, Обнинск, Россия

E-mail: baryshev@mrrc.obninsk.ru

Цель исследования – сравнить частоту регионарного метастазирования при лучевом лечении больных раком гортани в зависимости от методики лучевой терапии и применяемого радиомодификатора при условии сохранения функции органа.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 204 больных раком гортани Т3N0M0, получивших полный курс дистанционной лучевой терапии. Сформированы шесть групп: в первую группу вошло 46 больных, леченных лазеролучевой терапией. Во второй группе ($n=25$) в качестве радиомодификатора применялось постоянное магнитное поле. Третья группа ($n=40$) получала терморрадиотерапию. В четвертой группе ($n=40$) лучевая терапия сочеталась с полихимиотерапией. Пациенты пятой группы – лучевое лечение без радиомодификатора ($n=29$) и, наконец, больным шестой группы проводилась гамма-нейтронная терапия ($n=24$).

Результаты исследования. При сроках наблюдения от 3 и более лет в I группе появление регионарных метастазов наблюдалось в 4,2% случаев. Во II и VI группе – регионарных метастазов не зарегистрировано. В III группе – 8,2%. В IV и V группах регионарные метастазы выявлены в 4,1% и 4,6% случаев соответственно.

Заключение. Использование различных радиомодификаторов не увеличивает количество регионарных метастазов. Наиболее эффективной является методика лазеролучевого и магнитолучевого воздействия, увеличивая безрецидивную выживаемость в среднем до 52% по всем группам с сохранением функции пораженного органа.

ИНДУКЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА НОСОГЛОТКИ

Болотина Л.В., Корниецкая А.Л.

Отделение химиотерапии ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития», Москва, Россия

E-mail: lbolotina@yandex.ru

Задача. Оценить непосредственную эффективность индукционной химиотерапии и провести анализ отдаленных результатов комбинированного лечения местно-распространенных форм рака носоглотки (РН).

Материалы и методы. В исследование включено 50 человек в возрасте от 20 до 77 лет (средний возраст 42 года), 33 мужчины и 17 женщин. Носоглоточный рак диагностирован у 28 больных, малодифференцированный и умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак у 20 и 2 пациентов, соответственно. Распределение по TNM было следующим: T2N1-3M0 – 8 человек, T3N2M0 – 1 больной, T4N0M0 – 23 и T4N1-3M0 – 18 больных. Схема лечения: доцетаксел 75 мг/м^2 – 1 день, цисплатин 75 мг/м^2 – 1 день, доксорубин 45 мг/м^2 – 1 день. Интервал между курсами 21 день. Всего проведено 340 курсов ПХТ (2-5 курсов – 5 пациентов, 6 и 8 курсов – 19 и 26 больных, соответственно). Эффективность оценивалась на основании данных компьютерной и магнитно-резонансной томографии, эндоскопического и ультразвукового исследований после каждого чет-

ного курса. В случае достижения объективного эффекта (полная и частичная резорбция опухоли – ПР и ЧР) больным проводилась лучевая терапия по схеме динамического фракционирования до достижения суммарной очковой дозы 60-70 Гр на область носоглотки и 40 Гр на зоны регионарного метастазирования.

Результаты. Общий ответ (ВОЗ) на лечение составил 88% – 44 человека (ПР в 48% случаев – 24 больных, в том числе и при T4N2, ЧР в 40% – 20), которым в последующем проведена ЛТ. Стабилизация опухолевого процесса отмечена у 3 (6%) и прогрессирование болезни, в процессе ПХТ, у 3 (6%) человек. После завершения лучевой терапии ПР опухоли зарегистрирована у 74% – 37 человек, ЧР и стабилизация заболевания у 12% – 6 и 2% – 1 больных, соответственно. Двенадцати пациентам с исходным метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов, соответствующим N2-N3 распространенности процесса, после проведения индукционной ХТ и ЛТ выполнена лимфаденэктомия на шее. При плановом гистологическом исследовании метастазы в лимфатических узлах выявлены в 10 случаях. Без признаков прогрессирования находятся 26 больных. Период наблюдения в этой группе составляет от 5 до 87 мес. (медиана 35,3). Прогрессирование процесса в сроки от 2 до 24 мес. (медиана 10,2) диагностировано у 17 человек: у 11 больных продолженный рост/рецидив первичной опухоли в зонах, не вошедших в поля облучения; у 3 пациентов рецидив в регионарных лимфоузлах; у 3 отдаленные метастазы. Общая и безрецидивная 3-летняя выживаемость, рассчитанные по методу Каплана-Майера, составили 66% и 58%.

Заключение. Комбинация цитостатиков доцетаксел, цисплатин и доксорубин продемонстрировала высокую эффективность при местно-распространенном РН, что в дальнейшем позволило применить локальные методы лечения, реализовав весь запланированный объем терапии, в том числе и у больных, признанных ранее инкурабельными.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНОГЛОТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НА 1 ЭТАПЕ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Болотина Л.В., Кравцов С.А., Корниецкая А.Л., Бойко А.В.

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

E-mail: lbolotina@yandex.ru

Ежегодно в России выявляется более 1500 случаев рака гортаноглотки. Среди заболевших около четверти больных имеют низко- или малодифференцированные опухоли. В этом случае риск поражения регионарных лимфатических узлов даже при небольших размерах первичной опухоли (соответствующей символу Tis или T1) резко возрастает. Данные, полученные из отечественных и зарубежных источников, свидетельствуют, что наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах значительно ухудшает течение заболевания – 5 летние результаты не превышают 20%. При этом необходимо отметить, что чаще всего (до 70% случаев) выявление первичной опухоли происходит на стадии поражения шейных лимфатических узлов. Более того, в ряде случаев первыми симптомами заболевания является увеличение лимфатических узлов шеи, иногда с обеих сторон.

К сожалению, до сих пор часто завышаются показания к проведению лучевой терапии по радикальной программе, либо выполняются неоправданные экономные органосберегающие операции. Попытки проведения органосохранного лечения при неадекватной оценке распространенности опухолевого процесса приводят к минимуму, в лучшем случае временному позитивному эффекту.

Нами предложен вариант комплексного лечения больных с местно-распространенным плоскоклеточным раком гортаноглотки с низкой степенью дифференцировки опухоли (G3) с использованием на 1 этапе индукционной химиотерапии (ИХТ). В исследование с марта 2008 года по ноябрь 2010 года включено 7 человек (1 женщина и 6 мужчин: T2N3M0 – 1 человек, T3N1M0 – 2 человека, T3N2M0 – 1 человек, T4N1M0 – 2 человека, T4N2M0 – 1 человек. Всем больным на 1 этапе проводилось 3 курса индукционной химиотерапии по схеме: цисплатин 75 мг/м^2 в 1 день и гемцитабин 1250 мг/м^2 в 1,8 дни. После 3 курсов (ИХТ) выполнялось обследование (КТ, эндоскопия). При достижении частичной или полной регрессии больным назначались дополнительные 3 курса ИХТ по аналогичной схеме, далее им проводилась лучевая терапия (ЛТ) в дозах 40-60 Гр. При отсутствии эффекта от 3-х курсов ИХТ больным выполнялась операция.

Результаты. После 3 курсов ИХТ частичная регрессия опухоли зарегистрирована у 4 человек, полная регрессия — у 1 пациента, стабилизация — у 2. Дополнительно 3 курса ИХТ (до общего числа 6) получили 5 больных. ЛТ проведена 4 больным. Хирургическому лечению были подвергнуты 6 пациентов, из них всем выполнялась лимфаденэктомия на шее, в том числе в 4 наблюдениях с обеих сторон. Ларингофарингэктомия была выполнена 5 больным. Трём пациентам выполнена микрохирургическая фарингопластика тонкокишечно-брыжеечным лоскутом. Длительность безрецидивного периода составила от 11 до 37 месяцев при общих сроках наблюдения за больными от 14 до 38 месяцев.

Таким образом, предварительный анализ показал, что предлагаемый вариант комплексного подхода является перспективным в лечении сложных категорий больных с редко встречающимися агрессивными опухолями гортаноглотки. Предлагаемый метод лечения имеет контролируемый профиль токсичности, что позволяет реализовать весь комплекс противоопухолевого воздействия с применением лекарственного, лучевого и хирургического методов, включая микрохирургическую реконструкцию глотки путем аутоотрансплантации тканей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДОЗЫ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ПРОЦЕССЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

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

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

E-mail: laserrog@umail.ru

Превышение оптимальной дозы лазерного излучения (ЛИ) в процессе лучевой терапии больных раком орофарингеальной зоны приводит к повышению продуктов перекисного окисления липидов и увеличению активности каталазы и супероксиддисмутазы, что приводит к нарушению гомеостаза. Целью исследования явилось определение индивидуальной эффективной дозы ЛИ при внутривенном лазерном облучении крови (ВЛОК).

В работе приведены результаты, полученные эмпирическим путём при лучевой терапии 34 пациентов с III — IV стадией заболевания с использованием ВЛОК в качестве радио-сенситизатора. Пациентам после определения числа эритроцитов в крови снимали исходные показатели микроциркуляции (МЦ) методом лазерной доплеровской флоуметрии. Далее в процессе проведения ВЛОК снимали показатели МЦ до тех пор, пока после усиления уровня МЦ, вызванной ВЛОК, не отмечалось стойкое снижение показателя МЦ в течение 0,5-1 минуты. При мощности ЛИ на конце иглы 1-2мВт обычно это происходило на 8-21 минуте.

Выявлена корреляция между временем воздействия ЛИ (Т в минутах) и индивидуальными показателями МЦ: $T = N_3 \times OЦК \times \lambda \times P$, где N_3 — показатель МЦ у пациента в перфузионных единицах, N_3 — число эритроцитов, $10^{12}/л$, $OЦК$ — объём циркулирующей крови в мл (определяется по таблице Мооге), λ — длина волны ЛИ, м; P — мощность ЛИ на конце иглы в мВт.

Вывод. Время воздействия ВЛОК у онкологических больных зависит от показателя МЦ, $OЦК$, количества эритроцитов в клиническом анализе крови и длины волны ЛИ.

ПРОТОНОТЕРАПИЯ МЕЛАНОМЫ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА И ОРБИТЫ

Вальский В.В., Бородин Ю.И., Савакин С.В.

Московский НИИ глазных болезней им.Гельмгольца, Москва, Россия

E-mail: wwalskiy@mail.ru

Введение. Органосохранное лечение меланомы придаточного аппарата глаза и орбиты представляет значительные трудности в связи с чем проводится постоянный поиск новых способов воздействия на опухоль. В нашем институте облучение глазных мишеней протонным пучком начато в 1976 году на базе центра ПЛТ института теоретической и экспериментальной физики. Целью работы явилась оценка эффективности лечения.

Материал и методы. В период с 1983 по 2010 г.г. была пролечена группа из 148 человек с меланомой век, конъюнктивы и орбиты. Возраст от

18 до 88 лет (медиана $58 \pm 10,9$ лет). На лечение протонным пучком направлялись больные, имеющие стадии заболевания T3 — T4, N0 — N1, M0. Размеры опухолей в наибольшем измерении составили от 5 до 50 мм. Альтернативой протонному облучению могла быть лишь экзентерация орбиты. Облучение проводили трижды в неделю, СОД 60 — 70 Гр (медиана $67,9 \pm 2,2$ Гр) по 80% изодозе за 5-6 фракций. Медиана наблюдения за больными составила 37 ± 12 месяцев.

Результаты и обсуждение. Полная регрессия опухоли отмечена у 89 пациентов (60%). Результаты лечения были наилучшими при расположении опухоли на нижнем веке и далее в порядке понижения эффективности протонотерапии следуют внутренняя спайка век, орбита, верхнее веко, конъюнктив. В зависимости от наибольшего размера опухоли разделили на две группы: до 3 см и больше 3 см. Полная резорбция в первой группе больных наблюдалась на 10% реже, чем во второй. Продолженный рост или рецидив опухоли отмечены соответственно у 11% 22,4% пациентов. Зрительные функции на уровне 0,4 и выше сохранились у 70% пролеченных больных.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности и перспективности использования протонотерапии в офтальмоонкологии.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕХОДНОКЛЕТОЧНОЙ ПАПИЛЛОМОЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Вдовина С.Н., Андреев В.Г., Бужкова М.Е., Панкратов В.А., Подлесных Н.И.

ФГБУ МРНЦ Минздравсоцразвития России, Обнинск, Россия

E-mail: vdovina@mrrc.obninsk.ru

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, является актуальной задачей.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 37 больных. 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 таких больных является комбинированное, включающее в себя предоперационное облучение укрупненными фракциями с последующим хирургическим лечением.

ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦЕТУКСИМАБА И ЦИСПЛАТИНА

Геворков А.Р., Бойко А.В., Черниченко А.В., Завалишина Л.Э.

Отделение химиотерапии ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития», Москва, Россия

E-mail: dr.gevorkov@gmail.com

Опухоли головы и шеи составляют 18-20% всех злокачественных новообразований с тенденцией к росту заболеваемости. В 2008 году по данным Jemal et al. в мире было зарегистрировано более 600 000 новых случаев

заболевания раком головы и шеи, тогда как в 2005 менее 500 000. Плоскоклеточный рак представляет 90% всех опухолей головы и шеи. Местнораспространенные опухоли составляют более 50% с 5-летней выживаемостью 45-55%. Стандартом лечения таких опухолей является химиолучевая терапия (ХЛТ) в самостоятельном или комбинированном плане. Отдаленные результаты такого лечения пока неудовлетворительны. Целью данного исследования являлась оценка эффективности и переносимости химиолучевого и комбинированного лечения больных местнораспространенным плоскоклеточным раком орофарингеальной зоны с применением в качестве радиомодификатора препарата цетуксимаб в самостоятельном режиме, или его сочетании с цисплатином. В контрольной группе проводилось химиолучевое лечение с радиомодификацией 5ФУ и цисплатином. Материалы и методы: Одноцентровое рандомизированное проспективное клиническое исследование, включает больных плоскоклеточным раком слизистой полости рта и ротоглотки III-IV ст. без отдаленных метастазов. В первую группу относятся больные с радиомодификацией цетуксимабом (400 мг/м² за неделю до лучевой терапии и затем по 250 мг/м² еженедельно), а также цетуксимабом (те же дозы) и цисплатином (30 мг x 3 дня). Больным второй, контрольной группы проводилось лечение с радиомодификацией 5ФУ (350 мг/м² x 5 дней подряд) и цисплатином (те же дозы). Оценка эффекта лечения проводилась с учетом критериев RECIST. Переносимость лечения оценивалась с учетом CTC 3,0 NCI (2006) и анкетам EORTC QLQ 30 и QLQ H&N35. В протокол включено 36 человек. Лечение с радиомодификацией цетуксимабом прошло 18 пациентов: 7 – самостоятельное химиолучевое лечение, 10 – ХЛТ в комбинированном плане, 1 – в процессе ХЛТ. В контрольной группе: 6 в самостоятельном и 12 пациентов в комбинированном плане соответственно. Операции на лимфопузлах шеи проведены у 5 больных I и 7 пациентов II группы. Результаты: У всех пациентов реализован запланированный объем лечения. При радиомодификации с применением цетуксимаба отмечались у всех больных характерные кожные реакции I-II степени, максимально выраженные через 1-3 дня после второго, либо третьего введения препарата. Также у больных всех групп наблюдались лучевые реакции в виде эпителиита I-II степени. Других побочных реакций и осложнений не отмечалось. Непосредственные результаты лечения характеризуют высокую эффективность химиолучевого лечения плоскоклеточного рака во всех группах. Полная резорбция первичной опухоли: I группа – 5, II группа – 3 больных. Уменьшение объема первичной опухоли и измененных лимфоузлов в I группе: более 60% – у 7, не менее 40% – у 5 пациентов, 1 – в процессе лечения. Во II группе – уменьшение первичного очага и измененных лимфоузлов от 20 до 50%. Сроки наблюдения составили от 32 месяцев до 2 месяцев (средний показатель 7 месяцев). На момент отчета живы 17 из 18 пациентов I и 15 из 18 больных II группы. По предварительным данным без рецидива и продолженного роста 16 из 18 больных I группы и 14 из 18 больных II группы. Проводится дальнейший мониторинг. При анализе переносимости ХЛТ по опросникам EORTC QLQ-C30 и EORTC H&N35, можно считать все предложенные схемы лечения допустимыми, а эффективность проводимого лечения с точки зрения улучшения качества жизни значительной. Основным побочным эффектом ХЛТ можно считать ксеростомию, возникающую, по нашим данным, в случае подведения к слюнным железам от 30 до 50 Гр. Ксеростомия 2 степени возникла у 6 больных, тогда как у остальных пациентов она не превышала 1 степени. Выводы: Полученные данные свидетельствуют, что радиомодификация цетуксимабом перспективна, поскольку повышает эффективность лучевой терапии и не приводит к суммации побочных реакций, что позволяет сочетать его с другими противоопухолевыми препаратами.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА РОТОВОГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ

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

Алтайский филиал РОНЦ им.Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия
ГУЗ Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул, Россия

E-mail: aoc@ab.ru

По настоящее время не определена оптимальная модальность для лечения плоскоклеточного рака ротового отдела глотки. Высокий уровень за-

пушенности, возрастной контингент больных ухудшают прогноз заболевания.

В ГУЗ АКОД на протяжении ряда лет применяется комплексный метод лечения опухолей ротоглотки (патент РФ №2255734). На первом этапе – два курса внутриаортальной химиотерапии (цисплатин и 5-фторурацил), затем непрерывный курс лучевой терапии по методике гиперфракционирования (1,2-1,25 Гр два раза в день с интервалом 4-6 часов 5 раз в неделю до СОД 66-72 изоГр) на фоне модификации цисплатином (40 мг 2 раза в неделю до ОД 160-200 мг). При наличии остаточных лимфатических узлов выполняется операция Крайла. Методом сопроводительной терапии является общая магнитотерапия.

По данной методике пролечено 117 пациентов (103 мужчины и 14 женщин). Стадия процесса: T1N0M0 – 8, T2N0M0 – 22, T1N1M0 – 15, T2N1M0 – 16, T3N0M0 – 32, T3N1M0 – 10, T2N2M0 – 6, T2N3M0 – 5, T3N2M0 – 3. Гистологический вариант опухоли – плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки.

Группой сравнения были 96 пациентов, сопоставимых по половозрастным признакам, локализации, гистологическому варианту и распространенности процесса, которым было проведено лечение: 2 курса системной ПХТ с интервалом 2 недели (цисплатин 100 мг/м² в 1 день, 5-фторурацил 750 мг/м² с 2 по 5 дни каждого курса) с последующим СПЛИТ-курсом дистанционной лучевой терапии традиционным фракционированием до СОД эквивалентной 66-72 Гр.

Результаты: полный регресс первичной опухоли зафиксирован у всех пациентов исследуемой группы. На конечном этапе лечения 11-пациентам с поражением лимфатических узлов (N2-3) и 14-ти с N1 проведена операция Крайла. При этом III степень лечебного патоморфоза в удаленных лимфоузлах зафиксирована в 12 случаях, IV степень – 13. В исследуемой группе 5-летняя выживаемость составила 46,1%, в контрольной – 23,4%.

Таким образом, данная методика показывает высокую эффективность в сочетании с удобством и доступностью

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

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

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия

E-mail: gribova79@mail.ru

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. Основная группа: 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±7,8%, безрецидивная – 72,4±9,8%; в контрольной группе показатели пятилетней общей и безрецидивной выживаемости – 25,6±19,1% и 42,4±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±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.

НЕЙТРОННО-ФОТОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИМ И ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия

E-mail: gribova79@mail.ru

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.

ПОСЛУЧЕВОЙ СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА»: СВЯЗЬ С ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ

Гюнтер Е.И., Панова И.Е., Яйцев С.В., Семенова Л.Е.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер», ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», Челябинск, Россия.

Email: Aladindocorru@mail.ru

При лучевом лечении онкологической патологии органа зрения одним из осложнений является развитие синдрома «сухого глаза» (ССГ).

Цель работы. Установить вероятность развития постлучевого синдрома «сухого глаза» после брахитерапии меланомы хориоидеи и его связь с воздействующими факторами.

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов (32 женщины, 18 мужчин) с меланомой хориоидеи (МХ), за период 2005-2009 гг. с отсутствием признаков ССГ до лечения. Средний возраст пациентов – $55,12 \pm 11,38$ лет. В изучаемой группе распределение МХ по классификации TNM было следующим: T2aN0M0 – 45 (90%), T3N0M0 – 5 (10%). Брахитерапия МХ проведена офтальмоаппликаторами с радиоизотопом Ru-106/Rh-106. Суммарная очаговая доза на вершину опухоли составила $134,8 \pm 8,4$ Гр, склеру $1528,1 \pm 340,9$ Гр. Диагностика ССГ основывалась на данных жалоб, клинических и функциональных изменений глазной поверхности (до лечения, и на сроках 1, 2-3, 6, 12 месяцев).

Результаты и обсуждения. Установлено, что в течение 12 месяцев после брахитерапии МХ частота ССГ составила 94% (легкой тяжести – 73,9%, средней тяжести – 26,1%). В раннем постлучевом периоде после брахитерапии МХ показатели клинико-функциональных методов исследования глазной поверхности характерны для лучевых реакций в первый месяц и развития признаков ССГ через 2-3 и 12 месяцев после лечения. Изучена связь степени тяжести ССГ после брахитерапии МХ от различных факторов, характеризующих клинические факторы опухоли и технические параметры облучения. Корреляционный анализ показал прямую корреляционную зависимость степени тяжести ССГ от суммарной очаговой дозы на вершину опухоли ($r_s = 0,40$), чувствительности 0,79), на склеру ($r_s = 0,41$; чувствительность 0,81) и степени выраженности лучевой реакции ($r_s = 0,49$, чувствительность 0,94).

Вывод. В постлучевом периоде после брахитерапии МХ с применением офтальмоаппликаторов Ru-106/Rh-106 постлучевой синдром «сухого глаза»

развивается к третьему месяцу после лечения у 94% пациентов. Степень тяжести постлучевого синдрома «сухого глаза» прямо пропорционально зависит от суммарной очаговой дозы на вершину опухоли, на склеру и степени выраженности лучевой реакции.

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРМОХИМИОТЕРАПИЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФОУЗЛЫ ШЕИ

Енгбарян М.А., Светицкий П.В.

ФГУ «РНИОИ» Минздравсоцразвития РФ, Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: mar457@yandex.ru

Лечение больных с наличием местно-распространенных регионарных метастазов злокачественных опухолей, подвергавшихся ранее традиционным методам лечения, представляет собой актуальную задачу современной онкологии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных IV клинической группы с нерезектабельными регионарными метастазами злокачественных опухолей органов головы и шеи путем применения локальной модифицированной термохимиотерапии в качестве подготовительного этапа хирургического лечения.

Материал исследования: основную группу составили 55 больных, которым была проведена локальная модифицированная термохимиотерапия. 60 пациентов от лечения отказались и были включены в группу контроля. Им проводилось симптоматическое лечение.

Результаты исследования: В контрольной группе средняя продолжительность жизни составила всего 4,0 мес. Достоверно больше было увеличение продолжительности жизни среди той части больных, у которых после завершения первого курса лечения метастазы не были признаны резектабельными – 9,0 мес. ($p < 0,001$). Но особенно выразителен эффект в тех случаях, когда удалось достичь резектабельности метастатической опухоли и осуществить ее удаление. Продолжительность жизни в этой группе больных составила 18,5 мес. ($p < 0,001$).

Таким образом, применение разработанного способа – локальной модифицированной термохимиотерапии у больных с нерезектабельными регионарными метастазами опухолей органов головы и шеи позволяет улучшить результаты лечения этой тяжелой категории практически «инкурабельных» больных.

ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОМ КРЫС С ВКЛЮЧЕНИЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Ермакова К.В., Смирнова З.С., Кубасова И.Ю., Борисова Л.М., Киселева М.П., Оборотова Н.А., Меерович Г.А.

РОНЦ имени Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

E-mail: erm82@mail.ru

Наиболее эффективным является комбинированный подход к лечению злокачественных глиом – включающий как традиционные, так и инновационные методы.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности фотодинамической терапии (ФДТ) с использованием отечественного фотосенсибилизатора Тиосенс при комбинированном лечении глиом на трех опухолевых моделях.

Материалы и методы. В работе использовали интракраниально перевиваемые глиомы С6, глиобластомы 101/8, олигодендроглиомы 14-4-9. В качестве фотосенсибилизатора использовали Тиосенс в дозе 3 мг/кг, химиотерапевтических агентов – Темодал (50 мг/кг) и Лизомустин (80 мг/кг). Критериями эффективности служили увеличение продолжительности жизни опытных крыс по сравнению с контрольными животными (УПЖ, %) и излечение.

Результаты. Глиома С6 оказалась наименее чувствительной к ФДТ с Тиосенсом и последующему введению Лизомустина или Темодала: УПЖ составило 84% и 26%, соответственно. На двух других моделях после комбинированного лечения наблюдалось не только высокое УПЖ, но и излечение крыс. Так, после комбинированного лечения глиобластомы 101/8 с исполь-

зованием Лизомустина было излечено 62,5%, а Темодала – 50% крыс. УПЖ составило 127% для обоих химиопрепаратов. После комбинированного лечения олигодендроглиомы 14-4-9 с использованием Лизомустина и Темодала было излечено 43% и 45% крыс, соответственно. УПЖ составило 80% и 60%, соответственно.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности комбинированного лечения глиом крыс с использованием ФДТ с Тиосенсом.

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА В ЛИМФОУЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

Зинченко С.В., Рудык А.Н., Хамидуллин Р.Г., Чернышев В.А., Бусыгин М.А.

ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», Казань, Россия

E-mail: zinchenkos.v@mail.ru

Введение. На долю больных с метастазами плоскоклеточного рака в лимфоузлы шеи без выявленного первичного очага приходится 0,2-0,4% больных с впервые зарегистрированным диагнозом злокачественного новообразования. Вероятный первичный очаг у данной категории больных в последствии обнаруживается в орофарингеальной области у большинства пациентов, однако вопрос о необходимости превентивного облучения этой зоны остается спорным. Цель исследования: изучение локализации выявленного первичного очага у пациентов с метастазами плоскоклеточного рака в лимфоузлы шеи. Материал и методы. В ГУЗ «РКОД МЗ РТ» с 1996 по 2008гг. наблюдалось 73 больных с метастазами плоскоклеточного рака в лимфоузлы шеи без первичного очага. Средний возраст пациентов составил $55,2 \pm 3,7$ лет, абсолютно преобладали мужчины – 70 (95,9%), женщин – 3 (4,1%). В процессе динамического наблюдения первичный очаг реализовался у 33 (45,2%) пациентов на сроках от 2 до 48 мес. от начала лечения. Всем больным было проведено специальное лечение в зависимости от распространенности метастатического поражения и функционального состояния пациентов. Результаты. Локализация выявленного первичного очага была следующей: легкое – 10 (30,3%) случаев, носоглотка – 9 (27,3%), ротоглотка – 8 (24,2%), гортаноглотка – 3 (9,1%), большие слюнные железы – 2 (6,1%), пищевод – 1 (3%) случай. Заключение. У большинства пациентов 20 (60,6%) первичный очаг локализовался в орофарингеальной области, при этом у 13 (39,4%) больных имел другую локализацию. Таким образом, целесообразность проведения превентивного облучения орофарингеальной зоны у пациентов с метастазами плоскоклеточного рака в лимфоузлы шеи является сомнительной.

ПЕРВИЧНЫЕ ЭКСТРАНОДАЛЬНЫЕ НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Павлова О.А., Жеребцова В.А., Вернюк М.А., Тюрина Н.Г.

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

E-mail: oa_pav@mail.ru

Цель. Изучить клинические, морфологические особенности и эффективность лечения первичных экстранодальных неходжкинских лимфом (НХЛ) с локализацией в области головы и шеи.

Материалы и методы. В МНИОИ им.П.А.Герцена с 2007 по 2011 год наблюдались 12 пациентов с экстранодальными НХЛ с первичной локализацией опухолевого процесса в области головы и шеи (9 мужчин, 3 женщины). Возраст 22-60 лет (медиана 48 лет). Наиболее часто опухоль локализовалась в придаточных пазухах носа – 5 пациентов (41%). В 3 случаях (60%) была поражена верхнечелюстная пазуха с деструкцией ее стенок, вовлечением верхней челюсти, инфильтрацией мягких тканей лица, распространением в полость носа, у одного пациента – решетчатый лабиринт и в одном случае в процесс были вовлечены все придаточные пазухи носа. Поражение небной миндалины наблюдалось у 3 больных (25%). В 2 случаях (17%) диагно-

стирована лимфома орбиты и у 2 больных (17%) опухоль локализовалась в мягких тканях лица. У всех больных была установлена локальная стадия опухолевого процесса. В 8 из 12 случаев (66%) диагностированы агрессивные варианты НХЛ: лимфома Беркитта (n=4), диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома (n=3), НК/Т клеточная лимфома (n=1). У 4 пациентов верифицированы индолентные лимфомы: В-клеточная фолликулярная лимфома (n=2), В-клеточная мелкоклеточная лимфома (n=2). Программа химиотерапии определялась в зависимости от морфологического варианта: при лимфоме Беркитта проводили блоковую терапию с ритуксимабом, при диффузной В-крупноклеточной лимфоме – 6 курсов R-CHOP-14, при НК/Т клеточной лимфоме – 8 курсов GDP. Терапию индолентных лимфом проводили по схемам R-CHOP-21/ R-CVP. Лучевая терапия на резидуальную опухоль была проведена 5 пациентам.

Результаты. Ремиссия была достигнута у всех больных: в 8 (66%) случаях – полная, у 4 больных – частичная. Срок наблюдения составил 1 – 56 месяцев.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности программной полихимиотерапии при первичных НХЛ головы и шеи.

ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ФДТ) В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНОГО И РАДИОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Полькин В.В., Каплан М.А., Медведев В.С., Сёмин Д.Ю., Капинус В.Н., Спиченкова И.С., Исаев П.А., Дербуггов Д.Н., Шубина А.М., Раджапова М.У.

ФГБУ Медицинский радиологический научный центр Минздравсоцразвития России, Обнинск, Россия

E-mail: polkin83@mail.ru

Введение. По статистическим данным, в наши дни лучевая терапия применяется у 86,3% больных раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, причём у 36,9% как единственный метод.

Цель. Улучшение результатов лечения рецидивного и радиорезистентного рака слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. В основу работы положены наблюдения 30 больных раком слизистой оболочки полости рта в возрасте от 27 до 73 года. У всех больных опухоли были рецидивными или радиорезистентными (остаточными), после лучевой терапии (9 человек), химиолучевой терапии (17 человек), комплексного лечения (2 человека), хирургического и комбинированного лечения (2 человека). В качестве фотосенсибилизатора использовался препарат «Фотолон» в дозах 0,8-2,4 мг/кг. В качестве источника света использована лазерная установка «Аткус-2» с длиной волны 662 нм. Плотность мощности светового излучения составляла 0,2-0,7 Вт/см², плотность энергии – 50-600 Дж/см² в зависимости от формы, распространенности опухоли и переносимости больным. Количество сеансов ФДТ у одного пациента варьировало 1-3. Проведено 37 сеансов.

Результаты. Через 2 мес. полная регрессия опухоли у 73,3% больных, частичная – у 20%, стабилизация – у 6,7%, т.о., общий ответ на лечение 93,3%. Двухлетняя общая выживаемость независимо от локализации, степени распространения опухолевого процесса и методики лечения составила $61,4 \pm 10,3\%$.

Выводы. Использование ФДТ в лечении рецидивного и радиорезистентного рака слизистой оболочки полости рта является эффективным, несмотря на крайне плохой прогноз по выживаемости у данной категории больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ЛАЗЕРНОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ДИГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

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

ГУ МНИКИ им. М.Ф.Владимирского МЗ МО, Москва, Россия

E-mail: laserrog@umail.ru

С целью индивидуального проспективного прогнозирования (ИПП) реакции опухоли на лучевое лечение нами разработан новый неинвазивный спо-

соб 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. Показатели ЛФД изучались в динамике: до начала и в процессе расщепленного курса лучевой терапии (ЛТ) на спектроанализаторе «ЛЭСА-01 БИОСПЕК» по показателю флуоресцентной контрастности биоткани Kf.

Анализ данных ЛФД в динамике у 49 больных раком ОФЗ III-IV стадии показал, что у 77,6% больных отмечалось падение показателей Kf по завершении I курса ЛТ в дозе 34,8 Гр на 80% и > по сравнению с исходными, что является благоприятным прогностическим фактором, т.к. при этом в 80,5% достигнута непосредственная излеченность по достижении СОД 69,6 Гр. Отсутствие динамики Kf — неблагоприятный фактор, в этом случае 63,6% больных не излечено. В целом процент совпадений прогноза составил 77,6 ± 5,9%.

Разработанный способ ИПП может применяться в радиологической практике, поскольку данные ЛФД коррелируют с результатами, полученными нами ранее при иммунофлуоресцентном исследовании показателей ПА

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОСЕНСИБИЛИЗАТОРОВ

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

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

E-mail: laserrog@mail.ru

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

В рандомизированное исследование включено 769 больных раком ОФЗ. Рак языка диагностирован у 27,8% больных, рак слизистой полости рта — у 37,3%, рак ротоглотки у 34,9%. У 1,8% больных II ст., у 61,1% — III ст., у 38,9% — IV ст. 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 (ЛТ без РС) 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%. Выраженных токсических реакций и усиления выраженности местных лучевых реакций не отмечено.

Наилучший результат обеспечивает полирадиомодификация (5-ФУ+ПТ), т.к. достоверно снижает по сравнению с контрольной группой число рецидивов с 24,5 ± 4,9% до 11,4 ± 2,5% (p < 0,005) и регионарных метастазов с 36,7 ± 5,4% до 22,1 ± 3,2% (p < 0,01).

АДАПТИВНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Решетов И.В., Егоров Г.Н.

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

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Введение: значительное число больных с прогрессирующим раком головы и шеи не получают в полной мере возможную химиотерапию с паллиативной целью. Более 60% больных на различных этапах развития болезни страдают от выраженного болевого синдрома.

Цель работы: улучшить качество жизни и выживаемость больных с прогрессирующими опухолями головы и шеи.

Материалы и методы: Для нелеченных химиопрепаратами больных плоскоклеточным раком головы и шеи как с паллиативной целью в 1 линии, так и предоперационно возможно применение схемы ТРФ: Таксотер 60 мг/м² во 2-й день, Цисплатин 75 мг /м² во 2-й день, 5-Фторурацил 500 мг/м² 1, 2, 3 дни. Как вариант, возможно заменить таксотер на таксол 150 мг/м². Для леченных больных возможны варианты: кселода 1000 мг утром и вечером длительно, либо эрбитукс 300 мг/м² в 1 введение и далее еженедельно 200 мг/м². Альтернатива (2-3 линия лечения): гемзар 1000 мг/м² 1, 8 дни, метотрексат 20 мг/м² 3, 5, 10, 12 дни. Для аденокарциномы САР: циклофосфан 600 мг/м², доксорубин 50 мг/м², цисплатин 75 мг/м² либо ТАР: таксол 135 мг/м², доксорубин 50 мг/м², цисплатин 60 мг/м².

Для лечения болевого синдрома нами широко использовались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в 20% случаев, препараты смешанного механизма действия (Залдиар до 8 таблеток в сутки, либо отдельно Трамадол и НПВП) в сочетании с трилепталом (Лирика) в 40% случаев. В 40% случаев требовалось применение наркотических анальгетиков, чаще просидола, морфина сульфата либо Дюрогезика.

Результаты и обсуждение: химиотерапия была эффективна в 20-45% в качестве 1 линии и 10-25% 2 линии. Болевой синдром удавалось успешно купировать в 95% случаев.

РЧА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ КРЫЛОНЕБНОЙ ЯМКИ

Корицкий А.В., Решетов И.В., Маторин О.В.

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

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Введение: при лечении злокачественных опухолей придаточных пазух носа возникает проблема радикальной операции при распространении опухоли в крылонебную ямку. С целью улучшения абластики в нашем институте разработана методика интраоперационной РЧА крылонебной области в сочетании с видеоэндоскопической техникой.

Материалы и методы: По данной методике прооперировано 17 больных в возрасте 21-59 лет (средний возраст 51 год) по поводу локализованных форм плоскоклеточного рака верхней челюсти 13 и аденокарциномы 4. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Период наблюдения составил от 6 до 29 месяцев. Контрольное обследование больных проводилось каждые 3 мес, включая КТ и эндоскопический осмотр с взятием биопсионного материала. Продолженный рост опухоли в сроки до 5 месяцев выявлен у трех больных, рецидив заболевания с распространением в орбиту выявлен у 2 пациентов, что потребовало выполнения расширенных электрохирургических резекций, остальные 12 пациентов наблюдаются без признаков рецидива.

Результаты и выводы: Таким образом, вариант комбинированного лечения с видеоассистированной резекцией верхней челюсти в сочетании с радиочастотной термоабляцией является методом выбора при локализованных злокачественных процессах носовых пазух, при тщательном последующим динамическом наблюдении. Окончательная оценка эффективности метода возможна по мере дальнейшего накопления клинического опыта.

РЧА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Корицкий А.В., Решетов И.В., Маторин О.В.

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

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Введение: Рак полости рта является гетерогенным не только по виду опухолей и их локализации, но и по их частоте встречаемости, факторам риска, оптимальным методам лечения и предполагаемым исходам. В связи с этим остается актуальным поиск новых современных методов лечения этой сложной категории больных, одним из которых является радиочастотная термоабляция.

Цель работы: изучение возможностей РЧА при лечении злокачественных новообразований полости рта.

Материалы и методы: Мы располагаем опытом лечения более 50 пациентов с локализацией опухолевого процесса в области языка и в области дна полости рта. Первичная цитоморфологическая оценка новообразований

оценивалась с учетом данных ультразвукового обследования, КТ и пункционной биопсии. По гистогенезу опухолевого процесса – плоскоклеточный рак. Из них 70% мужчины и 30% женщины. Возраст больных колебался от 25 до 78 лет. По стадиям больные распределились следующим образом: 2 стадия – 50%, 3 стадия – 40%, 4 стадия – 10%. По характеру опухолевого процесса первичные опухоли составили – 80%, рецидивы – 20%. Характер предшествующего лечения – лучевая или химиолучевая терапия (предоперационная или по радикальной программе). В зависимости от распространенности опухолевого процесса вмешательства выполнялись под общим эндотрахеальным наркозом или под местной инфильтрационной анестезией с потенцированием. Период наблюдения в данной группе составляет от 3 до 48 месяцев.

Результаты и выводы: Полученные первые положительные клинические результаты комбинированного лечения больных со злокачественными опухолями полости рта. В целом улучшение результатов лечения больных указанной локализации должно рассматриваться в плоскости комплексного подхода и методика радиочастотной термоабляции может стать одним из важных современных звеньев в терапевтической цепи.

НОВАЯ СХЕМА ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ

Решетов И.В., Маторин О.В., Егоров Г.Н.

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

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Введение: медиана выживаемости пациентов с местнопрогрессирующим раком головы и шеи, когда возможности хирургического, лучевого методов лечения и химиотерапии практически исчерпаны, не превышает 3-4 месяцев. Одна из возможностей циторедукции – радиочастотная термоабляция (РЧА).

Цетуксимаб (Эрбитукс) в монорежиме при стандартной схеме дозирования во 2 линии лечения достигает при плоскоклеточном раке головы и шеи 13% эффекта и 46% контроля роста опухоли.

Цель работы: улучшить выживаемость и качество жизни больных с прогрессирующим плоскоклеточным раком головы и шеи.

Материалы и методы: 7 больных прогрессирующим плоскоклеточным раком головы и шеи, у которых были исчерпаны возможности традиционной хирургии, лучевой и химиотерапии, были подвергнута РЧА с последующей химиотерапией цетуксимабом в модифицированном (с целью снижения стоимости лечения) режиме: 250-300 мг/м² 1-е введение и далее 150-200 мг/м² еженедельно. При необходимости осуществлялось повторное РЧА.

Результаты и обсуждение: осложнений как от РЧА, так и от проведения химиотерапии отмечено не было. Все больные живы 5 ± 14 месяцев.

Выводы: сочетание РЧА с модифицированным в плане редукции доз режиме введения цетуксимаба является выбором метода при паллиативной помощи больным прогрессирующим плоскоклеточным раком головы и шеи.

РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ЛИМФОУЗЛЫ ШЕИ

Решетов И.В., Маторин О.В., Егоров Г.Н.

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

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Введение: радиочастотная термоабляция (РЧА) является одним из современных физических методов воздействия на опухоль, при этом в зависимости от расстояния между иглами, глубины введения, температуры возможно плавное изменение воздействия, что является необходимым условием паллиативной хирургии. Современная химиотерапия эффективна в 30-60% случаев в качестве 1 линии и 10-35% в качестве 2 линии лечения различных по морфологическому строению опухолей головы и шеи.

Цель работы: улучшить качество жизни и выживаемость больных с метастазами в лимфоузлы шеи различных опухолей области головы и шеи

Материалы и методы: 24 пациента с продолженным ростом метастазов в лимфоузлы шеи, у которых невозможно выполнение радикального хирургического вмешательства, 60% из которых ранее получали также лучевую

терапию и 25% – химиотерапию были подвергнуты с паллиативной целью РЧА с последующей химиотерапией ТРФ с таксолом либо таксотером, ТАР, кселодой в монорежиме, МАИД в зависимости от общего состояния, предшествующего лечения, морфологии опухоли (60% – плоскоклеточный рак, 30% – аденокарциномы, 10% – саркомы), возможности перорального приёма лекарств. При необходимости проводилась повторная РЧА.

Результаты и обсуждение: у 60% больных удалось достичь контроля роста опухоли на срок 6 месяцев и более, наилучшие результаты отмечены при плоскоклеточном низкодифференцированном раке.

Выводы: РЧА в сочетании с химиотерапией – альтернативный метод лечения больных с местнораспространёнными метастазами в лимфоузлы шеи.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Решетов И.В., Перельгин В.И., Курганский Я.В., Мутасов А.Г., Щербина В.Г.

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

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Протонная лучевая терапия является одним из самых перспективных и быстроразвивающихся направлений лучевой терапии. Способность протонов выделять максимум энергии в конечной точке пробега, так называемый пик Брега, и прямолинейная траектория движения дает возможность облучать новообразования, непосредственно прилегающие к критическим радиочувствительным структурам и органам тела пациента. Позволяет добиться более высоких (по сравнению с конвенциональными источниками излучений) клинических результатов при одновременном снижении стоимости и продолжительности курса облучения.

Цель работы: продемонстрировать опыт применения ПЛТ у пациентов с опухолями головы и шеи в условиях МСЧ № 9 города Дубны Московской области за 2008-2010гг.

Материалы и методы: 159 пациентам с опухолями головы и шеи проведена ПЛТ. Исследуемая группа – 98 мужчин и 61 женщина. В исследуемые группы вошли пациенты с поражением мозгового отдела черепа (I группа), встречались в 29,5 % случаев, пациенты с поражением лицевого отдела черепа (II группа) – в 62,9% случаев, а также исследовались пациенты с поражением шеи 5%, и артериовенозными мальформациями 4 пациента. Средний возраст в обеих группах составил 48,6 лет (от 18 до 77). Предшествующая лучевая терапия проведена – 23% больных. У пациентов I группы преобладало поражение глубоких структур головного мозга у 46,8%. Опухоли поверхностных структур встречались в 34,0% случаев. Среди II исследуемой группы преобладали пациенты с опухолями полости носа и околоносовых пазух (43%), кожи головы (13%), слюнных желез (12%), среди них 4 пациента с интракраниальным ростом опухоли. Во II группе пациентов в 79,7% диагностирован плоскоклеточный рак; в 12,0% случаев – аденогенный рак; в 5,5% – саркомы; в 2,8% – меланомы. Большинство опухолей обеих групп имели рецидивирующее течение (36%). В настоящий момент проводится ретроспективное исследование отдалённых результатов применения ПЛТ. Заключение: представленные данные демонстрируют широкие возможности применения ПЛТ в ряде случаев являющейся безальтернативным методом лечения (интракраниальные неоперабельные опухоли) у пациентов исследуемых групп.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО РАКА ГОРТАНИ

Рожнов В.А., Андреев В.Г., Панкратов В.А.

ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздравсоцразвития России, Обнинск, Россия

E-mail: vit@mrrc.obninsk.ru

Актуальность повышения эффективности лечения рецидивного рака гортани после лучевой или химиолучевой терапии связана с тем, что подавляющее большинство больных этой категории погибают в результате местного прогрессирования опухолевого процесса.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности хирургического лечения операбельных рецидивных форм рака гортани с ис-

пользованием интенсивного предоперационного облучения.

Материалы и методы. В исследование включено 309 больных с рецидивным плоскоклеточным раком гортани. При этом лечение первичной опухоли во всех случаях было либо лучевое, либо химиолучевое, а суммарная очаговая доза была не менее 60Гр. 218 пациентов получили только хирургическое лечение. У 91 больного применялось интенсивное предоперационное облучение которое осуществлялось крупными фракциями по 6 Гр накануне и в день операции. Суммарная очаговая доза составляла 12 Гр.

Результаты. Метод комбинированного лечения операбельных рецидивов рака гортани с использованием интенсивного предоперационного облучения позволяет увеличить 3-х летнюю выживаемость до $71,4 \pm 4,8\%$ по сравнению с $54,6 \pm 3,4\%$ при хирургическом лечении ($p < 0,01$). Показатель первичного заживления послеоперационных ран значительно не снижается и составляет при комбинированном методе $61,5 \pm 5,1\%$ против $65,6 \pm 3,2\%$ при хирургическом лечении ($p > 0,01$).

Заключение. Использование предоперационного интенсивного облучения при хирургическом лечении больных рецидивным раком гортани достоверно способствует увеличению выживаемости, не оказывая значимого влияния на течение послеоперационного периода.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА

Романов И.С., Яковлева Л.П., Алиева С.Б., Галдянец Р.А.

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

E-mail: drromanov@mail.ru

Цель. Вопрос о профилактическом лечебном воздействии на зоны возможного регионарного метастазирования при раке полости рта имеет многолетнюю историю, но, к сожалению, остается открытым. Целью нашего исследования является оценка различных тактических лечебных подходов при лечении больных раком полости рта с клинически отсутствующими регионарными метастазами.

Материалы и методы. С 1980 по 2006 гг. в РОНЦ РАМН проведено лечение 381 первичным больным раком различных отделов слизистой оболочки полости рта без клинически определяемых регионарных метастазов на шее (сНО). При дальнейшем анализе пациенты были разделены на 6 групп по методам лечебного воздействия на зоны регионарного метастазирования: группа динамического наблюдения – 25 пациентов, группа профилактической лучевой терапии (ЛТ) (зоны облучения верхняя и средняя треть шеи либо вся шейно-надключичная область) – 197 пациентов, группа профилактических шейных диссекций (ШД) – 159 пациентов.

Результаты. Частота появления регионарных метастазов на шее в группе динамического наблюдения – 44%, в группе профилактической ЛТ – 24%, в группе профилактической ШД – 12%. 5-летняя общая выживаемость в группе динамического наблюдения – 71,5%, в группе ЛТ – 79,7%, в группе ШД – 94%.

Выводы. На основании полученных данных можно с уверенностью рекомендовать применение профилактических шейных диссекций при раке всех отделов полости рта и совершенно неприемлемой является тактика динамического наблюдения за зонами регионарного метастазирования.

ВЫБОР ВАРИАНТА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЛОСТИ РТА

Романов И.С., Яковлева Л.П., Матякин Е.Г., Кропотов М.А., Павловская А.И., Алиева С.Б.

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

E-mail: drromanov@mail.ru

Цель: В нашем исследовании мы сравниваем эффективность предоперационной химиолучевой терапии (стандартной принятой схемы лечения рака полости рта в России) и послеоперационного химиолучевого лечения (международный стандарт лечения).

Методы: За период 2006-2010 гг. пролечено 89 пациентов с плоскоклеточным раком различных отделов слизистой оболочки полости рта. T1 – 6,7%, T2 – 39,3%, T3 – 40,4%, T4 – 13,6%. NO – 58,4%, N1 – 14,6%,

N2 – 27%. Предоперационное химиолучевое лечение было проведено 29 пациентам, послеоперационная химиолучевая или лучевая терапия – 60 пациентам. Режим послеоперационного лечения определялся на основании данных морфологического исследования с учетом наличия или отсутствия неблагоприятных факторов прогноза, таких как экстракапсулярное распространение опухоли в регионарных метастазах, наличие опухолевых клеток по краю резекции.

Результаты: 2-х летняя безрецидивной продолжительность жизни составила: в группе ХЛТ+операция – 65%, операция+ЛТ или ХЛТ – 66%.

Выводы: На основании предварительных данных можно сделать вывод, что обе схемы лечения обеспечивают достаточно высокие показатели безрецидивной выживаемости в ближайшие от начала лечения сроки. Для детальной и точной оценки эффективности данных схем лечения необходимо продолжение набора проспективного материала и продолжение динамического наблюдения за пролеченными больными.

115478, Москва, Каширское шоссе, 24, lpopkova@mail.ru

ПОВЫШЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС

Смирнова З.С., Родионова Ю.В., Ермакова К.В., Борисова Л.М., Киселева М.П., Оборотова Н.А., Орлова О.Л., Полозкова А.П.

РОНЦ имени Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

E-mail: smirnova_z@mail.ru

В настоящее время средняя продолжительность жизни пациентов с первичными злокачественными глиомами после комбинированного лечения составляет 8-12 месяцев, а пятилетняя выживаемость составляет всего 4-7%.

Целью нашего исследования является поиск новых лекарственных средств с гормональной активностью для лечения опухолей головного мозга.

Основанием для этого исследования послужили литературные данные.

Материалы и методы. В работе использовали глиобластому 101/8 (ГБ, РГ+), анапластическую эпендимому 14-4-4 (АЭ, РГ+) и анапластическую астроцитому 15-47 (АА, РГ-). Кортифен, обладающий высоким средством к РГ ($Kd = 1 \times 10^{-9} M$), вводили в 0,4% масляном растворе в дозе 12 мг/кг ежедневно в течение 5 дней per os. Препаратами сравнения служили Нидран (АСНУ) и Цисплатин. Критериями эффективности служили увеличение продолжительности жизни (УПЖ,%) и излечение.

Результаты. Кортифен на ГБ, перевитой самкам-крыс, не уступал действию Нидрана: УПЖ=213% и 240%, соответственно, и излечение в 44% случаев при использовании обоих препаратов и превосходил действие Цисплатина. На АА Кортифен вызывал только УПЖ=74% и уступал Нидрану и Цисплатину по проценту излеченных животных. На АЭ Кортифен вызывал УПЖ=190% на самках, а на самцах – 134%. Нидран и Цисплатин на этой модели опухоли практически не оказывали терапевтического эффекта.

Заключение. Таким образом показано, что Кортифен проявляет высокую противоопухолевую активность как на низкодифференцированной ГБ (РГ+), так и на более дифференцированной АЭ, содержащей РГ, на которой Нидран и Цисплатин не эффективны.

ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ПОМОЩИ СКТ И ОЗКТ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Суркова П.В., Фролова И.Г., Чойнзонов Е.Л., Чижевская С.Ю., Зельчан Р.В., Чернов В.И.

НИИ онкологии, СО РАМН, Томск, Россия

E-mail: old@oncology.tomsk.ru

Введение. Методы лучевой диагностики злокачественных опухолей гортани позволяют правильно оценить распространенность первичного патологического процесса и рецидивных злокачественных образований гортани, а так же оценить ответ на химиотерапию, которая используется в неадекватном режиме.

Цель работы. Изучить возможности использования динамической контрастированной спиральной компьютерной томографии и однофотонно-

эмиссионной компьютерной томографии в оценке эффективности предоперационной химиотерапии у больных раком гортани и гортаноглотки.

Материалы и методы. Проведено исследование 62 пациента со злокачественными опухолями гортани на спиральном компьютерном томографе «Somatom Emotion 6». ОЗКТ гортани было выполнено с ^{99m}Tc -Технетрилом. Для получения совмещенных изображений использовались одинаково расположенные срезы СКТ и ОЗКТ.

Результаты исследования. При анализе данных на скинтиграммах накопление ^{99m}Tc – Технетрила в гортани, как правило, было близко по расположению с локализацией накопления при СКТ с динамическим контрастированием. Однако более достоверное заключение о локализации опухолевого образования получали при совмещении методов. Совмещенные, анатомически сопоставимые изображения особенно полезны в оценке эффекта проведенной химиотерапии, наиболее трудном разделе клинической онкологии.

Выводы. Таким образом, представляется целесообразным использование методов совмещения в диагностике первично выявленных опухолей гортани и гортаноглотки и на этапах лечения.

ХИМИОТЕРАПИЯ В ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ

Трофимов Е.И., Сивкович О.О., Фуки Е.М., Губеев Р.И.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва, Россия

E-mail: fuki@yandex.ru

Введение. Современная онкология имеет тенденции к разработке щадящих оперативных вмешательств, в связи с чем возрастает необходимость достижения радикализма противоопухолевого лечения за счет лекарственного воздействия.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комбинированного и комплексного лечения больных раком гортаноглотки с выполнением щадящих операций.

Материалы и методы. 206 больных местно-распространенным раком гортаноглотки Т3-Т4 в возрасте от 30 до 70 лет были разделены на 3 группы:

1. Традиционное комбинированное лечение с выполнением функционально-щадящей операции и послеоперационной лучевой терапии (ЛТ) СОД 40 Гр (100 больных).

2. Предоперационная ПХТ, функционально-щадящая операция, при отсутствии лекарственного патоморфоза – проведение послеоперационной ЛТ (50 больных).

3. Предоперационная ПХТ, функционально-щадящая операция, при наличии лекарственного патоморфоза ПХТ в послеоперационном (56 больных).

При Т3 выполнялись резекции гортани и гортаноглотки с одномоментной реконструкцией обоих органов. При Т4 – резекции гортаноглотки с ларингэктомией и одномоментной реконструкцией пищевода. пути.

Результаты. 1-летняя безрецидивная выживаемость в 1-й группе составила 70,7%, во 2-й – 63,9%, а в 3-й – 78,1% ($p > 0,05$); а 3-летняя – 36,8; 35,0 и 44,3% соответственно. У 61% больных восстановлены и функция гортани у 92,8% – пищеварительная функция глотки.

Выводы. Наилучшие результаты получены при проведении комбинированного лечения с пред- и послеоперационной химиотерапией в сочетании с функционально-щадящими операциями, что свидетельствует о создании абластичных условий для выполнения функционально-щадящих операций при сохранении четких границ первичной распространенности опухолевого процесса, с учетом которых должно выполняться экономное оперативное вмешательство.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Чижевская С.Ю., Чойнзонов Е.Л.

НИИ онкологии СО РАМН, Россия, Томск

E-mail: balatskaya@oncology.tomsk.ru

Цель исследования – повышение эффективности лечения и улучшение качества жизни больных раком гортани и гортаноглотки путем разработки методов комбинированной терапии с использованием современных противоопухолевых препаратов и режимов лучевой терапии.

Материалы и методы. В исследование включено 86 больных с морфологически верифицированным раком гортани и гортаноглотки Т2-4N0-2M0, которым проводилось 2 курса неoadьювантной химиотерапии с интервалом 3-4 недели по схеме паклитаксел 175 мг/м², карбоплатин – АUC-6, затем – лучевая терапия в режиме мультифракционирования дозы по 1,3 Гр., 2 раза в день с интервалом в 4 часа, с оценкой эффекта на СОД=40 изогр. Больным, у которых была достигнута полная регрессия (34,6%), лучевая терапия продолжена до радикальной дозы 60 изогр. Пациентам, у которых зарегистрирована частичная регрессия (46,2%) и стабилизация процесса (19,2%), выполнялось оперативное лечение. Органосохраняющие операции удалось выполнить у 31,4% пациентов, органосохраняющие операции сделаны у 68,6% больных. Все пациенты живы в течение 2-х лет, 2-летняя безрецидивная выживаемость составила 87,3±4,8%. Таким образом, применение методов комбинированного лечения с использованием современных противоопухолевых препаратов и режимов лучевой терапии способствует повышению эффективности лечения и улучшению качества жизни больных раком гортани и гортаноглотки.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Чиссов В.И., Черниченко А.В., Решетов И.В., Едемская О.В., Поляков А.П.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

У большинства пациентов злокачественными опухолями головы и шеи III-IV стадия определяется местным распространением опухолевого процесса, реже регионарным метастазированием. Опухоль выходит за пределы одной анатомической области, распространяясь на соседние структуры, в том числе в полость черепа. Нередко течение опухолевого процесса осложняется воспалением, некрозом или кровотечением, что резко ограничивает возможность применения лучевой терапии в традиционном варианте.

Поражение нескольких анатомических зон, распространение опухоли на соседние структуры и в полость черепа, вовлечение черепно-мозговых нервов, магистральных сосудов, глазницы затрудняет выполнение адекватных операций с удалением пораженных тканей в едином блоке. Выполнение обширных хирургических вмешательств сопровождается образованием дефектов, нередко не совместимых с жизнью, требующих немедленной микрохирургической реконструкции. Несмотря на это, онкологические результаты самостоятельного хирургического лечения у этой категории больных остаются неудовлетворительными

Еще более сложным является выбор лечебной тактики при рецидивах опухоли после хирургического, лучевого, комбинированного, комплексного лечения, а также неоднократного их сочетания. В этих случаях показания к лучевому лечению ограничены ранее подведенными дозами, трофическими изменениями тканей, сопутствующим воспалением и некрозом в зоне поражения. Зачастую единственно возможным способом облечения этих больных является интраоперационная лучевая терапия (ИОЛТ).

Интраоперационная лучевая терапия – метод лечения злокачественных опухолей однократно высокой дозой ионизирующего излучения, когда доступ к опухоли обеспечивается хирургическим путем и облучается либо сама опухоль, либо ложе после её удаления.

Предложен вариант комбинированного лечения больных опухолями головы и шеи, включающий расширенные оперативные вмешательства, интраоперационную лучевую терапию и одномоментную реконструкцию.

Проанализирован опыт лечения 55 пациентов с местно-распространенными первичными и рецидивными опухолями головы и шеи, которым выполнялись блоковые резекции с интраоперационной лучевой терапией в СОД 15 Гр (52 Пациентов) и СОД-25 Гр в условиях газовой гипоксии (3 больных). У всех пациентов распространенность опухолевого процесса соответствовала символу Т4. В 32 случаях для одномоментной реконструкции был использован метод микрохирургической аутоотрансплантации тканей, в 23 наблюдениях использованы местно-перемещенные лоскуты. Осложнения отмечены у 41,2 % больных, преобладали осложнения в группе больных с интракраниальным распространением опухоли. Общая выживаемость составила 3 года – 23,3±6,3%; 5 лет – 14,8±7,0%. При этом отмечено достоверное различие в выживаемости больных I и 2 группы, в пользу пациен-

тов с первичными опухолями: 3 года – пациенты с рецидивными опухолями $15,6 \pm 2,3\%$; с первичными опухолями – $39,7 \pm 1,7\%$; 5 лет – $10,4 \pm 1,5\%$ и $23,8 \pm 1,4\%$ соответственно.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

*Шишкин Д.А., Чойнзонов Е.Л., Гарбуков Е.Ю.,
Жеравин А.А., Авдеенко М.В.*

НИИ онкологии СО РАМН, Россия, Томск

E-mail: balatskaya@oncology.tomsk.ru

Лечение орофарингеального рака – одна из сложнейших проблем в современной онкологии. В лечении этих больных ключевая роль отводится операциям функционально-щадящего, органосохранного или реконструктивно-пластического характера, в зависимости от стадии опухоли. Цель нашего исследования – повышение эффективности лечения больных орофарингеальным раком путем включения в схему лечения неоадьювантной химиолучевой и адьювантной химиотерапии в сочетании с органосохранными и реконструктивно-пластическими хирургическими вмешательствами.

Всего 25 больным плоскоклеточным раком полости рта и ротоглотки II-III стадии было проведено по 2 курса неоадьювантной химиотерапии (по схеме: Митотакс – 175 мг/м^2 в 1-й день, Карбоплатин (расчет дозы на AUC 6) в 1-й день, интервал между курсами 4 недели) в сочетании с ДГТ в стандартном режиме до СОД 60 гр (с оценкой эффекта на 40 Гр). Общая эффективность у больных, пролеченных по вышеуказанной схеме, составила $92 \pm 5,4\%$ (ПР – $36 \pm 9,6\%$, ЧР – $56 \pm 9,9\%$), стабилизация процесса наблюдалась в $8 \pm 5,4\%$ случаев, случаев прогрессирования нами зарегистрировано не было. Из побочных реакций химиотерапии наблюдались миалгия/артралгия – $16 \pm 7,3\%$, лейкопения I ст. – $24 \pm 8,5\%$, расстройства со стороны ЖКТ – $24 \pm 8,5\%$, мозжечковая атаксия – $4 \pm 3,9\%$. Осложнения, связанные с лучевым компонентом составили $88 \pm 6,5\%$ и проявлялись явлениями катарального ($60 \pm 9,8\%$), реже островкового и пленчатого эпителиитов ($12 \pm 6,4\%$ и $16 \pm 7,3\%$). При частичных регрессиях и стабилизациях пациентам вторым этапом выполнялись функционально-щадящие или органосохранные операции в объеме соответствующем распространенности опухоли.

Таким образом, с учетом высокой непосредственной эффективности проводимой комбинированной терапии, мы считаем использование данной схемы лечения перспективной и аргументированной.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

MOHS' SURGERY FOR FACIAL SOFT TISSUE MALIGNANCIES: SUCCESSSES AND LIMITATIONS – RECONSTRUCTIVE SURGEON PERSPECTIVE

Marek K. Dobke, M.D.

Division of Plastic Surgery, Department of Surgery,
University of California San Diego

E-mail: mdobke@ucsd.edu

Background. Goals for the treatment of skin and other facial soft tissue malignancies include completeness of removal, minimal functional disability and good aesthetic outcome. With increasing standards for the quality assurance and the demand for cost-effectiveness, assessment of resource-consuming treatment modalities, especially those involving multidisciplinary approaches, seems appropriate.

Objective. The purpose of this study was to review the strategy of management and the approaches to the repair of facial defects following Mohs' micrographic surgery from the plastic surgeon's point of view.

Method. Retrospective review of personal experience based on 1500 patients treated between 1989 and 2011, as well as current plastic surgery literature.

Results and Conclusions. Teamwork with the Mohs surgeon, recognition of the post-Mohs' procedure defect components, especially those non-conforming to «aesthetic units», and familiarity with reconstructive techniques are essential for the multidisciplinary practice success. Local and systemic conditions, and some subsets of malignancies prone to reoccurrence, merit further study of oncologically adequate surgical margins, which micrographic surgery approaches may not always secure.

Representative cases illustrating the impact of the above factors on reconstruction and pitfalls of restorative surgery approaches are presented.

NOSEBLEED GONE WILD: EXTRAMEDULLARY PLASMACYTOMA OF THE RIGHT NASAL SEPTUM

Erwin Jannino O. Ybanez MD, Honey Sarita Abarquez MD

Department of Internal Medicine, Davao Doctors Hospital,
Davao City, Philippines

E-mail: ybanezerwin@yahoo.com

This is a rare case of extramedullary plasmacytoma (EMP) of the right nasal septum in a 25-year-old, Filipino, woman. She presented with recurrent episode of epistaxis and a mass in the right nasal cavity. Nasal endoscopy revealed a friable mass occupying the right anterior nasal cavity originating from the right lateral nasal wall superior and anterior to the inferior turbinate. Computed tomography of the paranasal sinuses showed a nipple-like structure projecting to the side of the nasal septum compatible with a vascularized polyp. The mass was completely removed endoscopically and histopathologic examination showed a densely packed tumor cells showing ovoid polygonal polychromatic and vesicular nuclei with moderate eosinophilic cytoplasm. Immunohistochemical staining

showed positive for kappa and lambda light chains and negative for cytokeratin (CK) and leukocyte common antigen (LCA). Biopsy specimen was strongly immunoreactive to CD79a, MUM-1 and Ki67, consistent with EMP. Three months after initial polypectomy, the patient noticed recurrence of right nasal obstruction. A repeat CT scan of paranasal sinuses revealed right nasal mass almost entirely occupying the nasal cavity. Polypectomy and histopathologic examination of the specimen was still consistent with plasmacytoma. All diagnostic evaluation in this patient didn't show evidence of multiple myeloma. After removal of nasal mass, she received postoperative radiotherapy with total dose of 4500cGy to tumor bed. She remains disease free after six months. EMP of the nasal septum should be one of the differential diagnoses for nasal mass with history of recurrent epistaxis and nasal obstruction.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ РАКА КОЖИ НАРУЖНОГО НОСА, С ОДНОМОМЕНТНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ОБРАЗОВАВШЕГОСЯ ДЕФЕКТА МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ

Белоцерковский И.В., Жуковец А.Г.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Республика Беларусь

E-mail: bcerk@tut.by,

Цель. Анализ результатов местной пластики дефектов кожи наружного носа, спинки носа, крыла носа образовавшегося после удаления рецидивной опухоли.

Материал и методы. Проведено хирургическое лечение 18 пациентов с рецидивом рака кожи наружного носа, возникшего в течении 1-2 лет, после проведения лучевой терапии. Возраст пациентов составлял от 39 до 72 лет, мужчины – 10, женщины – 8.

I группа: 5 пациентов с тотальным поражением кожи наружного носа. Восстановление дефекта кожно-фасциальным языкообразным лоскутом со лба

II группа: 8 пациентов с поражением кожи спинки носа. Восстановление дефекта проведено треугольным кожно-фасциальным лоскутом, выкраенным по средней линии лба.

III группа: 5 пациентов с поражением кожи крыла носа. Восстановление дефекта проведено треугольным кожно-фасциальным лоскутом носощечной складки.

Результаты.

Во всех группах пациентов, заживление произошло первичным натяжением.

В I группе в двух случаях понадобилось проведение 2-3 корректирующих операций в течении года, для достижения удовлетворительных эстетических результатов.

Выводы. 1. Кожно-фасциальные лоскуты со лба и носощечной складки могут с успехом использоваться для восстановления дефектов кожи наружного носа.

2. Для получения удовлетворительных эстетических результатов восстановления дефектов, кожи наружного носа возникших после удаления опухоли, необходимы дополнительные хирургические коррекции.

АНАЛИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ЦЕНТРА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ ОКРУЖНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

*Васильев Ю.С., Васильев С.А.,
Важенин А.В., Аладин А.С.*

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер»,
Челябинск, Россия

Email: Aladindocorru@mail.ru

Проведен анализ эффективности внедрения методик реконструктивной пластической хирургии, в который было включено 598 больных злокачественными новообразованиями органов головы и шеи за период с 1998 по 2007 год. Из них по поводу опухолей кожи было пролечено 354 (59,2%) человека, по поводу плоскоклеточного рака слизистых оболочек органов орофарингеальной зоны – 203 (33,9%), по поводу местнораспространенных опухолей перiorбитальной области – 41 (6,9%).

На первом этапе исследования (1998-2002 г.) была проведена оценка результатов лечения больных, у которых пластика не выполнялась или выполнялась с использованием стандартных малоэффективных методик. На втором этапе (2003-2007 г.) проводилась оценка результатов внедрения новых и усовершенствованных методик закрытия дефектов и их сравнение с данными, полученными ранее. В сравнительный анализ были включены следующие разновидности пластических материалов: локальные лоскуты – 293 (51,9%), кожные трансплантаты – 114 (20,2%), стебель Филатова – 76 (13,5%), дистанционные лоскуты на питающей ножке – 41 (7,3%), свободные многокомпонентные лоскуты – 41 (7,3%). По мере отработки показаний, разработки и внедрения новых и усовершенствованных методик пластической хирургии мы отметили улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения за счет уменьшения количества осложнений, расширения границ резектабельности и улучшения показателей общей и безрецидивной выживаемости. В частности, при базальноклеточном раке кожи частота рецидивов была снижена с 10,0% до 3,8% при плоскоклеточном раке кожи – с 13,3% до 6,3% на фоне снижения количества некротических осложнений с 11% до 4,8%. В группе больных с плоскоклеточным раком губы, слизистой полости рта и гортани внедрение новых методик позволило снизить количество некротических осложнений с 8,6% до 2,3%, значительно ускорить сроки и улучшить качество реабилитации.

Таким образом, наш опыт полностью подтверждает положение о необходимости проведения дальнейшей работы по усовершенствованию и внедрению методик реконструктивной пластической хирургии в деятельность специализированных отделений опухолевой патологии головы и шеи на базе онкологических диспансеров.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЙ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Дайхес Н.А., Решетов И.В., Голубцов А.К.,
Поляков А.П., Севрюков Ф.Е., Аванесов В.М.*

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт
им. П.А. Герцена Минздрава России»,
ФГУ НКЦ оториноларингологии Росздрава, Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Цель. разработка микрохирургических методик, профилактика поврежденных возвратных нервов и их реконструкция.

Одной из наиболее частых причин, стойких нарушений голосовой и дыхательной функций являются повреждения возвратных нервов, во время хирургических операций по поводу опухолей щитовидной железы.

Повреждения возвратных нервов при хирургических вмешательствах по поводу опухоли щитовидной железы, по данным среднестатистическим данным российских авторов, приблизительно составляет от 2% до 23%, а по данным зарубежной литературы от 1% до 13%.

Односторонний паралич гортани встречается примерно у 4% пациентов, а двусторонний – у 1%. Травма возвратного нерва при выполнении гемитиреоидэктомии возникает у 1-4% пациентов, после субтотальной резекции щитовидной железы – у 3% больных, после тиреоидэктомии 5-7%.

Одной из причин нарушения голосовой и дыхательной функции является повреждение возвратных нервов в опухолевый процесс.

Идентификация возвратных нервов в прогнозировании послеоперационного периода при хирургии щитовидной железы выполняется только в 5% всех операций, проводимых в мире. Существуют и используются различные способы мониторинга возвратных нервов, которые на сегодняшний день считаются наиболее совершенными и чувствительными и позволяют значительно снизить процент послеоперационных осложнений. Методы мониторинга возвратных нервов не облегчают хирургам выделение последних из рубцовой ткани и их мобилизации от опухолевых узлов в щитовидной железе. Также остается открытым вопрос о том, что делать при состоявшемся нарушении целостности нерва.

Использование микрохирургической техники, позволяет не только выделить и осуществить неврлиз возвратных нервов, во время оперативного вмешательства, но и формировать анастомозы при повреждении последних.

Материалы и методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена с использованием микрохирургической техники проведено лечение 24 пациентов, из них по поводу рака щитовидной железы – 21 больным (папиллярный – 19 наблюдений, медуллярный – 2), узлового зоба, осложненного парезом гортани после хирургического лечения в других клиниках – 4 и первичного аденокистозного рака трахеи – 1.

В 5-ти наблюдениях микрохирургической неврлиз возвратных нервов из рубцовых тканей был выполнен для устранения пареза голосовых связок (3 – двусторонних и 2 – односторонних) после предшествовавшего хирургического лечения. Целью данных операций являлось восстановление нормального дыхания и деканюляция пациентов. У 2-х пациентов неврлиз возвратного нерва из рубцовых тканей, был выполнен с целью профилактики повреждения последнего во время реоперации по поводу рецидива узлового зоба.

Односторонний неврлиз возвратного нерва для его мобилизации от опухолевого узла был выполнен в 8 наблюдениях. Двусторонний неврлиз, с краевой резекции левого возвратного нерва, был выполнен один раз.

Микрохирургический эпинеуральный анастомоз после резекции возвратного нерва на протяжении в связи с его прорастанием опухолью был выполнен в двух наблюдениях.

Результаты. В группе из 5 больных, оперированных с целью устранения пареза голосовых связок, в одном наблюдении с односторонним парезом удалено полностью восстановить подвижность голосовой связки. В одном случае мы получили отрицательный результат. У двух пациентов удалось восстановить подвижность элементов только одной половины гортани, что потребовало в дальнейшем выполнения хордэктомии на контрлатеральной стороне.

В 9 наблюдениях, где неврлиз выполнялся с целью мобилизации нерва от опухолевого узла, только в одном случае в послеоперационном периоде отмечено возникновение стойкого ограничения подвижности голосовой связки.

Отмечено полное восстановление подвижности элементов гортани на стороне полного пересечения нерва с немедленным выполнением микрохирургического неврального анастомоза с использованием эпинеурального шва.

Выводы. Микрохирургическая техника и оптическое увеличение для идентификации и мобилизации возвратного нерва из рубцово- или опухолево-измененных тканей позволяет снизить риск повреждения возвратных нервов. При повреждении возвратных нервов, использование методик микрохирургической реконструкции последних позволяет избежать тяжелых голосовых и дыхательных осложнений.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ, ДИСТРАКЦИОННОГО МЕТОДА И ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Дробышев А.Ю.

Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Московского государственного медико-стоматологического университета, Москва, Россия

E-mail: dr.drobyshev@gmail.ru

Целью нашего исследования была разработка основных принципов реабилитации больных с послеоперационными дефектами верхней и нижней челюсти. Использовались различные методы пластического закрытия дефектов челюстей, дистракционного метода, дентальной имплантации и фиксации протезных конструкций на имплантатах для восстановления же-

вательной эффективности и речевой функции у больных с резекцией челюстей и обширными посттравматическими дефектам. Используя дентальные имплантаты у больных с дефектами челюстей, следует учитывать целый ряд факторов: недостаток костной ткани, способной нести нагрузку имплантата, наличие анатомических образований: пазух, прикрепление мышц, нервных каналов, слюнных желез.

Вопросы реабилитации онкологических больных представляют значительные трудности для клиницистов. Методы протезирования, в большинстве случаев ограничиваются изготовлением съемного протеза, которые не удовлетворяют ни пациента, ни врача. Неудовлетворительная фиксация протеза приводит к травме слизистой оболочки, особенно на фоне лучевой терапии, может вызвать малигнизацию этого участка. Больные не хотят, а чаще и не могут пользоваться такими протезами.

Метод. Данный метод применен у 57 больных с дефектами верхней и нижней челюсти. 40 больных с дефектами нижней челюсти и 17 больных с дефектами верхней челюсти (16 мужчин и 39 женщин от 22 до 70 лет). Планирование операций у этой категории больных осуществлялось сугубо индивидуально. Проводились различные оперативные вмешательства для создания оптимальных условий для протезирования и направленные на улучшение внешнего вида больных. Применялись distractionные аппараты, костная пластика, пластика мягких тканей, липосакция, трансплантация жира, различные имплантаты для контурной пластики, дентальные имплантаты. Наиболее сложные имплантаты, абатмены и конструкции из титана изготавливались индивидуально.

Результаты. Сорока пациентам с частичной резекцией нижней челюсти были установлены 101 имплантата в различные сроки после вмешательства на первичном очаге.

17 пациентам от 44 до 66 лет с дефектами верхней челюсти установлено 62 дентальных винтовых имплантата. 8 больным проводились операции – резекция и блок-резекция по поводу доброкачественных опухолей и 9 больным резекция верхней челюсти по поводу рака слизистой оболочки. Всего введено 163 дентальных винтовых имплантата.

Заключение. Сложность изготовления протеза после онкологических операций в челюстно-лицевой области определяется сложностью пространственной архитектоники дефектов, необходимостью восполнения различных тканей: кости, зубов, слизистой, кожи.

Для фиксации протеза верхней челюсти наиболее стабильной является балочная конструкция на имплантатах или литая конструкция на оставшихся зубах с пунктом фиксации на имплантате в области скуловой кости или бугра верхней челюсти.

Для лучшей фиксации протеза на нижней челюсти следует применять балочную конструкцию на трех или четырех имплантатах с замковыми креплениями.

ПЕРВИЧНАЯ АУТОПЛАСТИКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ВЕК

Енгибарян М.А.

ФГУ «РНИОИ» Минздравсоцразвития РФ,
Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: mar457@yandex.ru

Обеспечение радикальности хирургического лечения местнораспространенных опухолей век неизбежно сопряжено с образованием обширного дефекта периорбитальных тканей. Восстановление тканей в зоне удаленной опухоли, представляет собой одну из наиболее сложных задач.

Цель исследования. клиническая апробация способов пластики дефектов век.

Материалом исследования послужили данные о 82 пациентах с местнораспространенными опухолями век.

Результаты исследования. Операция по методу Фрика выполнена нами у 4 (4,9%) пациентов, закрытие дефекта по Лимбергу у 7 (8,4%), по Ландольту – у 3 (3,7%) человек, несвободная пластика лоскутом на ножке – у 56 (68,4%), свободная кожная пластика – у 12 (14,6%). Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде был краевой некроз лоскутов, наблюдавшийся у 10 (12%) больных. Использование различных методов пластического закрытия дефектов позволило достигнуть анатомической целостности век, восстановить защитные их функции и форму углов глаза, добиться приемлемых косметических результатов.

Выводы. Таким образом, многообразие существующих способов пластики и практически неограниченные возможности их модификаций и комбинаций, предоставляют хирургу возможность выбора способа ликвидации дефекта наиболее оптимального для каждого конкретного случая. Определяющим в достижении успеха восстановительного этапа хирургического лечения, по нашему мнению, является тщательная разработка реконструктивной операции с созданием наиболее благоприятных условий для пластики в процессе разрушительного этапа операции.

ЭКЗОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ОРБИТЫ

Енгибарян М.А., Пустовая И.В.

ФГУ «РНИОИ» Минздравсоцразвития РФ, Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: mar457@yandex.ru

Лечение местно-распространенных опухолей головы и шеи неизбежно сопряжено с образованием обширных дефектов, затрудняющих социальную адаптацию пациентов.

Цель исследования. Разработка реконструктивно-восстановительного этапа лечения больных, перенесших экзентерацию орбиты.

Материал исследования. истории болезни 29 пациентов, находившихся на лечении в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте с 2000 по 2011 годы. Всем пациентам была произведена экзентерация орбиты в сочетании с удалением опухолей окружающих зон лица.

Результаты исследования. Нами разработан и применен способ протезирования дефекта, возникающего после экзентерации орбиты. Сущность его заключается в закрытии раневой поверхности орбиты двумя перемещенными кожными лоскутами и воссоздание удаленных тканей путем наружного протезирования глазного яблока, век и окружающих тканей. Эстетические результаты протезирования констатированы нами как отличные – у 14 (46,9%) пациентов, хорошие – у 11 (37,5%), удовлетворительные – у 4 (15,6%) больных.

Таким образом, разработка реконструктивно – восстановительных мероприятий является важнейшей составляющей в реабилитации пациентов, перенесших экзентерацию орбиты. Восстановление нормальной анатомии лица способствует коррекции психических функций и в последующем играет позитивную роль при формировании механизмов психологической защиты: создает позитивный эмоциональный настрой, вселяет пациенту уверенность в себе.

ЗАМЕЩЕНИЕ СУБТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА И КОЖИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОСТИ НОСА

Задеренко И.А., Алиева С. Б., Танеева А.Ш., Шишканов А.В., Быкова А.А., Пономарев И.В., Дробышев А.Ю.

ГОУ ВПО «МГМСУ» Росздрава, кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

E-mail: rombos884@rambler.ru

Цель. Создание нового метода замещения дефекта краевого кожно-слизисто-хрящевого отдела носа и части кожи верхней губы.

Материалы и методы. Для замещения субтотальных комбинированных дефектов краевого отдела и полости носа – кожи кончика носа, крыльных и перегородочных хрящей, слизистой оболочки полости носа, кожной части верхней губы мы предлагаем использовать два кожно-жировых носогубных лоскута (Нгл), выкроенных по обе стороны носа с основанием, обращенным к верхней губе. Латеральная сторона Нгл формирует крыло носа, дно и полость носа, перегородку носа в дистальных отделах. Медиальная сторона Нгл служит для частичного формирования крыла и кончика носа, кожной части верхней губы. Передние отделы перегородки носа и колумелла образуются при сшивании двух Нгл по средней линии. Дефект кожи кончика носа зашивается путем U-У пластики со спинки носа и глательбы.

Результаты. Метод показан при субтотальных дефектах краевого кожно-слизисто-хрящевого отдела носа, кожной части верхней губы и хрящевой части перегородки носа различной этиологии при частично сохраненных крыльных хрящах. Преимуществами метода являются: 1) одномоментность,

простота в исполнении, не требуется дополнительной хирургической коррекции. 2) Благодаря хорошему питанию носогубных лоскутов, и отсутствию хрящевой ткани возможно проведение лучевой терапии в послеоперационной период в радикальных дозах с минимальными постлучевыми повреждениями. 3) Метод реконструктивной ринопластики обеспечивает хороший функциональный и косметический результат, улучшая качество жизни пациентов, их социальную реабилитацию.

Выводы. Данный метод замещения дефекта концевой кожно-слизисто-хрящевой отдела носа является новым методом реконструктивной ринопластики.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Кравцов С.А., Решетов И.В., Чиссов В.И., Сдвижков А.М., Маторин О.В., Поляков А.П., Батуштина Е.В., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Васильев В.Н.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития», ОКД №1 г. Москвы, кафедра онкологии ФГОУ ПДО «ИПК» ФМБА России)

E-mail: kraft-65@mail.ru

На протяжении многих лет проблема адекватного восстановления органов проксимального отдела пищеварительного тракта (ПОПТ) является одной из самых сложных в современной пластической и реконструктивной хирургии. В связи с этим, радикальное хирургическое лечение больных со злокачественными опухолями данной локализации применяется крайне редко. Традиционно при лечении этой группы больных применяют лучевую и/или лекарственную терапию в самостоятельном варианте, не предполагая радикальное удаление опухоли, приводящее к глубокой инвалидизации пациентов.

Начиная с 1991 года в МНИОИ им. П.А. Герцена, затем на кафедре онкологии ФГОУ ПДО «ИПК» ФМБА России и Онкологического Клинического диспансера №1 г. Москвы, накоплен уникальный опыт лечения и реабилитации 314 больных со злокачественными опухолями головы и шеи, удаление которых приводило к формированию обширных дефектов ПОПТ. Из них: кожи и мягких тканей лица – 12, губы – 11, полости рта – 36, языка – 34, верхней челюсти – 38, полости носа – 8, нижней челюсти – 16, дна полости рта – 30, ротоглотки – 32, гортани – 28, гортаноглотки – 59, щитовидной железы – 3, больших слюнных желез – 3, мягких тканей шеи – 4. В 72% случаев был выявлен плоскоклеточный рак. В 70% случаев были установлены III-IV стадии развития опухолевого процесса. Около 30% больных были оперированы по поводу рецидива опухолей. В возрасте от 18 до 83 лет. Во всех случаях были сформированы обширные дефекты слизистой оболочки ПОПТ и прилежащих анатомических структур: орофациальные – 159 наблюдений, орофарингеальные – 155. Был использован различный пластический материал: аутоотрансплантаты, сформированные из покровных тканей – 147, висцеральные лоскуты – 175.

Сроки наблюдения за оперированными пациентами колеблются от 6 до 132 месяцев. В 15 наблюдениях был отмечен тромбоз микрососудистых анастомозов – 4,77%. Питание через рот было восстановлено у 289 оперированных больных (92,03%) в сроки от 8 дней до 3-х месяцев после аутоотрансплантации. Увеличение длительности восстановительного периода было отмечено в группе больных, перенесших «высокую» циркулярную резекцию глотки – верхний уровень резекции у которых был не ниже основания небных дужек в комбинации с резекцией мышц дна полости рта и/или языка. При масштабной реконструкции полости рта текториальным аутоотрансплантатом также требуется, на наш взгляд, дополнительное время на адаптацию краев раны слизистой оболочки и кожного фрагмента лоскута, особенно в группе больных, получавших лучевую терапию СОД 60Гр и выше. В двух наблюдениях потребовалось выполнение повторных операций в объеме коррекции кишечно-пищеводного анастомоза на шее. Одному пациенту, перенесшему срочную ревизию и переоформление артериального микрососудистого анастомоза в связи с его тромбозом, в последующем выполняли бужирование кишечно-пищеводного анастомоза. Применение свободных сегментов тонкого или толстого кишечника при фарингопластике создает благоприятные условия для голосового протезирования у ларингэктомированных больных. Технология голосовой реабилитации в этой группе больных

имеет ряд особенностей. В наших наблюдениях голосовая реабилитация успешно завершена у 6 из 8 пациентов, перенесших трахеопищеводное шунтирование. Анкетирование оперированных больных выявило отличные и хорошие результаты пластики у 65% респондентов, удовлетворительные у 30%. Наибольшее число позитивных результатов было получено при отсроченной реконструкции органов.

Использование висцеральных лоскутов оправдано при циркулярных дефектах глотки и пищевода, обширных дефектах ротоглотки, а также топографически сложных дефектах дна полости рта и языка вместе с ротоглоткой. В остальных случаях оправдано применение текториальных лоскутов (сформированных из покровных тканей).

Наличие местно-распространенной злокачественной опухоли головы или шеи, вовлекающей органы проксимального отдела пищеварительного тракта, не является противопоказанием к проведению хирургического лечения, как в самостоятельном, так и в комбинированном плане. Минимальный метастатический процесс на шее (N1), на наш взгляд, не является противопоказанием к одномоментной реконструкции резецируемых органов. Продолженный рост опухоли был отмечен у 13 пациентов с наличием неблагоприятных прогностических факторов (4,14%), которым операции выполнялись по индивидуальным показаниям. Общая 5-летняя выживаемость составила 52%.

АДАПТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ГОРТАНИ

Красавина Е.А., Балацкая Л.Н., Чойнзонов Е.Л.

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия

E-mail: KrasavinaEA@mail2000.ru

Введение. После органосохраняющих операций по поводу рака гортани у пациентов отмечается нарушение голосовой функции различной степени тяжести. Проведение логовосстановительной терапии в раннем послеоперационном периоде является необходимым условием для восстановления звуковой речи и улучшения качества жизни больных.

Цель работы. Разработка новых методических подходов к голосовой реабилитации больных, перенесших органосохраняющие операции гортани.

Материалы и методы. В исследование включены 18 больных раком гортани I-III стадии опухолевого процесса, в возрасте от 40 до 70 лет, которым в плане комбинированного лечения выполнена органосохраняющая операция в объеме переднебоковой резекции гортани.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде у всех пациентов наблюдались нарушения голосовой функции от афонии до дисфонии. Голосовая реабилитация проводилась по методике с применением адаптивного биоуправления, разработанной в НИИ онкологии СО РАМН. Для голосовых тренировок использовался реабилитационный компьютерно-программный комплекс «РЕАЛЮГ». Программа включала в себя два типа тренировок: повышение частоты основного тона, увеличение длительности фонации. Параметры голосовых тренировок подбирались индивидуально для каждого пациента, по результатам акустического анализа. Эффективность голосовой реабилитации составила 94,5%, в сроки от 2 до 5 недель.

Таким образом. Индивидуальный подбор таких параметров голоса как частота основного тона и длительность фонации позволяет повысить эффективность восстановления голосовой функции и сократить сроки реабилитационных мероприятий.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ АУТОТАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Миланов Н.О., Трофимов Е.И., Адамян Р.Т., Караян А.С., Саратовцев Д.М., Назарян Д.Н.

РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, отдел восстановительной хирургии и микрохирургии, Москва, Россия

E-mail: saratovcevdm@yandex.ru

В отделе восстановительной хирургии и микрохирургии РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН проведено лечение 24 пациентов с дефектами ниж-

больные не требовали восстановления пищевода путей и их удовлетворял зондовый прием пищи.

Выводы. Сложные хирургические приемы в лечении больных со злокачественными опухолями первичного и вторичного поражения шейного отдела пищевода дают возможность получить безрецидивный период до 3 лет в 64 процентах, и провести восстановление проводящих путей для пищи одновременно у одного из десяти больных и у каждого четвертого больного в последующем с применением местных тканей.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНЕЙ В УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЗОНЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Решетов И.В., Поляков А.П., Маторин О.В., Филошин М.М., Ратушный М.В.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

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 275 пациентов. Первичные опухоли были у (37%) пациентов. III-я стадия опухолевого процесса установлена в 35,0% и IV-я в 60,0% случаев, рецидивные опухоли у (52,2%). По поводу сформированных ранее послеоперационных дефектов оперировано 9,8% больных. 76,8% пациентов имели эпителиальные опухоли, из них с символом Т3 – 38,7% и Т4 – 58,1%. Резекция основания черепа произведена в (14%) наблюдениях.

Для устранения орофациальных, краниоорофациальных, ороорбитофациальных и изолированных дефектов нижней челюсти использовано 268 аутоотрансплантатов: висцеральных: 38 желудочно-сальниковых, 13 толстокишечно-сальниковых, 32 сальниковых; кожно-мышечно-костных: – 14 лучевых, 18 подвздошных, 17 малоберцовых, 110 реберно-мышечных, 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 ороорбитофациальных 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 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 86% наблюдений.

Выводы. Использование морфофункциональных аутоотканей 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 обширных сочетанных дефектов челюстно-лицевой зоны после радикального хирургического лечения местно-распространенных опухолей.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО КОЖНО-МЫШЕЧНО-СЕРОЗНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА С ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Васильев В.Н., Решетов И.В.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

В 2010г. в России было выявлено 516874 новых случаев злокачественных заболеваний, женщин – 53,5%, мужчин – 46,5%. Прирост по сравнению с 2009г. составил 2,4%... Смертность от злокачественных опухолей в России вышла на второе место после сердечно-сосудистой патологии). В современной онкологии хирургический метод остается основным при лечении злокачественных опухолей различных локализаций. Многие десятилетия научные исследования в области онкологии были направлены на разработку и усовершенствование расширенных и комбинированных операций, в том числе на голове и шее. Удаление местно распространенных опухолей функционально и социально важных локализаций приводит к формированию обширных дефектов и обнажению жизненно важных структур, сочетающихся с обезображивающими изъятиями мягких тканей, скелета лица и шеи, нередко угрожающих жизни больных.

С целью поиска нового вида аутоотрансплантата нами были проведены исследования по исследованию особенностей кровоснабжения передней брюшной стенки в бассейнах верхней и нижней эпигастральных сосудов на 30 трупах людей. В ходе исследования была выявлена возможность формирования и аутоотрансплантации кожно-мышечно-серозного аутоотрансплантата (КМСЛ) с включением париетальной брюшины на питающей ножке из нижних эпигастральных сосудов (методика защищена патентом на изобретение №2398529 от 10.09.10г). В клинической практике микрохирургическая пластика КМСЛ была выполнена 25 больным с различными локализациями злокачественных опухолей. При этом первичная пластика была выполнена 5 больным, по поводу рецидива опухолевого процесса 12 больным и в качестве отсроченной пластики 8 больным. Во всех случаях укрывались жизненно важные анатомо-физиологические структуры, такие как магистральные сосуды и сосудисто-нервные пучки, твердая мозговая оболочка, резецированные костные структуры. Некроз лоскута не было выявлено не в одном случае. Цель пластики достигнута в 100% случаев. Осложненный послеоперационный период в виде слюнных свищей выявлен в 2 случаях, частичный диастаз швов в 1х случаях, острый инфаркт миокарда осложненной двусторонней нижнедолевой пневмонией в 1 случае. Все осложнения купированы консервативно кроме 1 наблюдения, где послеоперационный период осложнился эвентерацией передней брюшной стенки, что потребовало срочного хирургического вмешательства.

В результате аутоотрансплантации КМСЛ питание через рот было восстановлено у 8 больных, у которых реконструкция касалась полости рта и пищевода. В настоящее время полностью реабилитированы – 16 больных, 4 больным планируется выполнение корригирующих операций. Вернулись к работе 17 больных.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОДИФИЦИРОВАННЫМ СВОБОДНЫМ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМ РЕБЕРНО-ЛОПАТОЧНЫМ ЛОСКУТОМ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Поляков А.П., Решетов И.В.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Цель. улучшение результатов реконструкции центральных отделов нижней челюсти после ее резекции при лечении опухолей орофациальной зоны с созданием условий для зубочелюстной реабилитации и достижением удовлетворительного эстетического результата.

Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А. Герцена получен первый опыт использования у 3 пациентов модифицированного свободного реваскуляризованного реберно-лопаточно лоскута для устранения комбинированных дефектов после субтотальной резекции нижней челюсти и мягких тканей нижней зоны лица по поводу местно-распространенных злокачественных опухолей.

Для восстановления тела и центральных отделов альвеолярного отростка нижней челюсти с целью последующей остеоинтеграции дентальных имплантов выполнена аутоотрансплантация кожно-мышечно-костного аутоотрансплантата на единых питающих сосудах с включением фрагмента ребра и угла лопатки, по форме повторяющего центральный отдел альвеолярного отростка нижней челюсти, с фиксацией фрагмента ребра в положение аль-

веолярного отростка нижней челюсти, а фрагмента лопатки в позицию тела и подбородочного отдела нижней челюсти.

Данный способ реконструкции обладает следующими преимуществами: обеспечивается достаточная для восстановления альвеолярного отростка высота, обеспечиваемая комбинацией реберного и лопаточного фрагментов, отсутствует необходимость последующего иссечения питающей ножки лоскута для восстановления полного объема движений шейного отдела позвоночника как при использовании лоскутов из большой грудной мышцы, имеется достаточная прочность и толщина лопаточного костного фрагмента кожно-мышечно-реберно-лопаточного лоскута, отсутствует необходимость вертикальной distraction костных фрагментов лоскута для остеointegrации дентальных имплантов для достижение необходимой высоты восстановленного альвеолярного отростка. Так же отсутствует длительный период восстановления опорной функции нижней конечности с необходимостью использования ортезов после забора малоберцового лоскута.

Результаты. Приживление лоскута отмечено во всех случаях. Дентальная имплантация выполнена у 2-х пациентов. Осложнения в реципиентной и донорской ранах не отмечены.

Выводы. Предлагаемый метод имеет ряд преимуществ, позволяющим считать его перспективным для устранения обширных сочетанных дефектов нижней зоны лица.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЯЗЫКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Решетов И.В., Голубцов А.К., Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Севрюков Ф.Е., Корицкий А.В.

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

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Введение. В результате успешного развития современной онкологии существенно улучшились результаты выживаемости больных со злокачественными опухолями языка. В связи с этим возникла необходимость проведения качественной реабилитации оперированных больных. При этом в первую очередь качество жизни и перспектива полноценной реабилитации больных определяются эффективностью реконструкции языка.

Материалы и методы. В Московском научно-исследовательском онкологическом институте имени П.А.Герцена было прооперировано 8 пациентов по поводу рака языка в возрасте от 18 до 63 лет. У всех пациентов были первичные опухоли после проведенной предоперационной лучевой терапии. Индекс распространенности опухоли у 4 пациентов соответствовал Т3, а у 4 пациентов Т2. У всех пациентов опухолью была поражена только одна половина языка, без распространения на противоположную сторону. Во время операции одновременно с резекционным этапом была выполнена микрохирургическая реконструкция половины языка. В качестве пластического материала были использованы свободные аутоотрансплантаты: толстокишечно-сальниковый лоскут (4), лучевой лоскут (3) и торакодорзальный лоскут (1). Реваскуляризация лоскутов производилась с ветвями наружной сонной артерии и внутренней яремной вены. У 2 пациентов одновременно с сосудистой реваскуляризацией лоскута была произведена реинервация лоскута путем формирования микроневральных анастомозов между нервом лоскута и язычным нервом.

Результаты. некрозов аутоотрансплантата не было. Хорошие функциональные возможности пластического материала способствовали полному самостоятельному закрытию слюнных свищей у 1 больного. Существенных осложнений со стороны донорских ран мы не отметили. Питание через рот начинали через 2 недели после операции. Естественное питание было восстановлено у всех больных (100%). Все больные деканулированы в сроки от 1 до 4 недель после операции. У всех пациентов отмечены удовлетворительные результаты речевой функции.

Заключение. Наиболее эффективным методом лечения больных раком языка является комбинированный, хирургический компонент которого заключается в широком, радикальном иссечении опухоли. Применение метода аутоотрансплантации тканей способствует улучшению качества жизни пациентов перенесших резекцию функционально значимого органа и способствует скорейшей трудовой и социальной реабилитации.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ТИПА СОЕДИНЕНИЯ СОСУДОВ МАЛОГО ДИАМЕТРА

Решетов И.В., Дустов Ш.Х.

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

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Введение. Благодаря успешному развитию метода микрохирургической аутоотрансплантации существенно расширился выбор пластического материала, и повысилась эффективность реконструктивных операций. Залогом успешности микрохирургических операций у онкологических больных является технически правильное наложение сосудистого анастомоза на мелкие сосуды, входящие в состав реплантантов и трансплантатов. Особенности лечения и морфологические изменения в тканях у онкологических больных потребовало усовершенствование технических приемов формирования сосудистых анастомозов.

Цель. Изучение возможностей формирования нового метода микрососудистого анастомоза.

Материалы и методы. Эксперименты проводились на белых беспородных крысах весом 400 гр. и более. Для формирования микрососудистого анастомоза использовали саморасправляющийся стент. Стент – это трубчатый каркас достаточно низкого профиля, раскрывающийся внутри сосуда. В раскрытом состоянии каркас поддерживает сосудистую стенку, не давая ей уменьшаться в объеме и обеспечивая полноценный кровоток. Стент составлен из проволоки, толщина проволоки не превышает 0,125 мм, длина – до 10-12 мм, а диаметр в расправленном состоянии – 2,5-3,0 мм. Стент перед использованием в анастомозе, заправляется внутри катетера или проводника в не расправленном виде, при стентировании в просвете сосуда он раскрывается.

Методика эксперимента заключается в следующем: Под оптическим увеличением производится средняя лапаротомия, осуществляется выделение, мобилизация и подготовка к анастомозу брюшной аорты. После чего брюшная аорта клипруется и пересекается между клипсами. Под оптическим увеличением производится стентирование просвет сосуда и далее узловым швом зоны анастомоза. Животные подлежат ежедневному послеоперационному мониторингу.

Результаты. На базе в МНИОИ им. П.А. Герцена по разработанной нами методике было прооперировано 5 животных. Одно из животных погибло при стентировании просвета сосуда из-за кровотечения, за счет не соответствия размера стента с сосудом. Второй погиб на 1-ые сутки после операции из-за тромбоза почечной артерии. У остальных животных в послеоперационном периоде осложнений не выявлено. На 7-10 сутки животные выводились из эксперимента.

Выводы. Полученные в эксперименте данные свидетельствуют о возможности соединения сосудов за счет использования само расправляющего стента для быстрого и надежного соединения между собой сосудов малого диаметра конец в конец.

РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННЫЕ СВОБОДНЫЕ КОСТНО-МЫШЕЧНЫЕ ЛОСКУТЫ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Поляков А.П., Маторин О.В., Решетов И.В.

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

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Цель. Улучшение результатов микрохирургической реконструкции лицевого скелета после радикального удаления злокачественных опухолей путем индивидуализации выбора костно-мышечного аутоотрансплантата в зависимости от задач реконструкции и варианта послеоперационного дефекта

Материалы и методы. В отделении микрохирургии для реконструкции лицевого скелета у 167 больных произведена аутоотрансплантация 186 костно-мышечных лоскутов. Использовано 117 реберно-мышечных аутоотрансплантатов. Для реконструкции лицевого скелета применено 83 аутоотрансплантата с включением в лоскут 1 фрагмента ребра. В 43 наблюдениях в лоскут вклю-

актуально при лечении пациентов со злокачественными опухолями черепно-лицевой зоны, являющейся наиболее социально и функционально значимой локализацией, где наиболее важен высокий процент завершенности реконструктивно-пластических операций.

При неблагоприятном онкологическом прогнозе определяющимся локализацией, значительным местным распространением, морфологической структурой опухоли, а так же неоднократным рецидивированием или наличием регионарных или отделенных метастазов в 13-18% наблюдений на первом этапе после радикального удаления опухоли устраняется наиболее инвалидирующий в функциональном плане или не совместимый с жизнью дефект.

При лечении данной группы пациентов с местно-распространенными опухолями краниофациальной локализации для восстановления функции питания или устранения дефекта основания черепа и укрытия твердой мозговой оболочки или вещества головного мозга у 13,4% на первом этапе выполняется аутоотрансплантация висцеральных лоскутов (желудочно-сальниковый, сальниковый, толстокишечно-сальниковый). Далее после проведения комплекса специализированной противоопухолевой терапии и оценки результатов лечения при отсутствии продолженного роста выполняется реконструкция менее важных функционально, но более значимых эстетически структур челюстно-лицевой зоны. В группе больных с местно-распространенными, как правило, рецидивными опухолями орофарингеальной зоны и регионарными метастазами в лимфоузлы шеи в связи с неблагоприятным онкологическим прогнозом у 3-5% выполняются блоковые орофарингофациальные резекции с футлярно-фасциальными лимфодиссекциями. При этом реконструкция сочетанных дефектов не выполняется, а производится оформление оро- и фарингостом, укрытие и изоляция магистральных сосудисто-нервных пучков шеи осуществляется перемещенным кожно-мышечным лоскутом с включением большой грудной мышцы. Далее после оценки безрецидивного периода выполняются отсроченная реконструкция.

Однако в 2-4,4% наблюдений завершить пластику не представляется возможным. Причинами этого являются: 1) наличие продолженного роста и рецидива опухоли после одномоментного пластического закрытия наиболее значимого анатомо-функционального дефекта 2) отказ пациента от выполнения корригирующих операций после выполнения первичного реконструктивно-пластического этапа хирургического лечения. Необходимо отметить, что у ряда пациентов выполняется только удаление опухоли из-за наличия противопоказаний к выполнению реконструктивно-пластического этапа вследствие сопутствующей декомпенсированной соматической патологии.

Необходимо так же отметить, что около 90% наших пациентов на предшествующих этапах комбинированного, комплексного или последовательного лечения перенесли лучевую или химиолучевую терапию, что в 94,4% сопровождалось повреждением паравазальной клетчатки, в 72,2% среднего и наружного слоев сосудистой стенки и более чем в 46% наблюдений повреждением эндотелия сосудов малого диаметра, что создает значительные трудности для формирования микрососудистых анастомозов и как следствие этого в 8,3% случаев отмечен тромбоз сосудистой ножки аутоотрансплантата. В нашей клинике применяется активная хирургическая тактика по отношению к тромботическим осложнениям при микрохирургической аутоотрансплантации тканей у онкологических больных с повторным сосудистым этапом. Благодаря использованию этой тактики проходимость сосудистых анастомозов достигнута в 94,7% наблюдений. Всем пациентам, у которых развился некроз аутоотрансплантатов выполнены повторные реконструктивно-пластические операции с использованием свободных или перемещенных лоскутов.

В 7,5% наблюдений вследствие возникновения продолженного роста, рецидива опухоли или реализации метастазов, смерти пациента в результате прогрессирования опухолевого процесса, тромботических осложнений микрососудистых анастомозов, наличия соматических противопоказаний или отказа пациентов завершенность реконструктивно-пластического этапа не достигнута. Завершенность пластики в наших наблюдениях составила 92,5%.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕФАБРИЦИРОВАННОГО ПОДВЗДОШНО- ЛУЧЕВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Решетов И.В., Поляков А.П.

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

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Цель. Улучшение результатов микрохирургической реконструкции лицевого скелета после радикального удаления злокачественных опухолей путем индивидуализации выбора костно-мышечного аутоотрансплантата в зависимости от задач реконструкции и варианта послеоперационного дефекта

Материалы и методы. Для восстановления твердого неба и альвеолярного отростка верхней челюсти в 5 случаях выполнена аутоотрансплантация префабрицированного кожно-мышечно-костного аутоотрансплантата, полученного путем предварительной аутоотрансплантации подвздошного костно-мышечно-костного аутоотрансплантата на предплечье с формированием единого сосудистого русла между лучевыми артерией и веной и глубокими огибающими подвздошную кость артерией и веной в составе лоскута.

Осложнения. В послеоперационном периоде отмечен краевой некроз лоскута. Осложнений в донорской ране не отмечено.

Префабрикация костно-кожно-фасциального аутоотрансплантата позволяет удлинить сосудистую ножку лоскута, при этом отсутствует значительный избыток мягких тканей лоскута покрывающих костный фрагмент, что создает благоприятные условия для внедрения в кость дентальных имплантов и выполнения зубного протезирования, а костный фрагмент префабрицированного лоскута обладает необходимой прочностью и толщиной для имплантации зубного протезирования.

УПРАВЛЯЕМАЯ ДЕРМОТЕНЗИЯ – МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Поляков А.П., Антонова Л.Е., Решетов И.В.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития», НИКЕ-МЕД, Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

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 15-х пациентов с использованием метода управляемой тканевой дермотензии в комбинации с введением препарата «Лантокс» (ботулинического токсина типа А). Использовались тканевые экспандеры «Eugosilicone» объемом от 250 до 500 cc. 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 внутрикочно 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА АПРОБАЦИИ МИНИТИТАНОВЫХ ПЛАСТИН С НАНОСТРУКТУРИРОВАННЫМИ ПОКРЫТИЯМИ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Решетов И.В., Штанский Д.В., Ратушный М.В.,
Филиппин М.М., Сухарев С.С.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития»,
Государственный институт Стали и Сплавов (Технологический Университет),
Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

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 аутопересадки, а так же осуществляется поиск и разработка новых биосовместимых материалов для восстановления дефектов. Среди множества био материалов перспективными являются пористые керамические материалы на основе фосфатов кальция, в связи с их близостью по составу к внеклеточным веществам 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. На первом этапе 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.

На втором этапе экспериментальной работы использованы крупные лабораторные животных, близких по своим массо-габаритным характеристикам к человеку. Для оценки остеоиндуктивных и механико-несущих потенциалов наноструктурированных покрытий титановых имплантов при остеосинтезе в области костного дефекта баранам выполняли остеотомию скуловой и локтевой костей. В послеоперационном периоде животные находились на стандартном пищевом и питьевом рационах. Положение титановых пластин в области остеосинтеза контролировалось непосредственно в день имплантации посредством рентгенологического исследования, контроль положения имплантов, а также окружающих тканей, проводился в сроки 4 и 6 недель после операции. При рентгенологическом исследовании отмечается отсутствие признаков воспаления, периостальных реакций, патологической подвижности соединяемых фрагментов костей, формирование полноценной костной мозоли. Через 4 и 6 недель после операции фрагменты опорных конструкций (скуловой и локтевой костей животного) хирургически удалялись и подвергались гистологическому исследованию. При сравнении с контрольной группой у животных с имплантированными титановыми наноструктурированными пластинами, через 4 недели в области перелома отмечается формирование костной мозоли с созреванием зрелой костной ткани, через 6 недель в области перелома отмечается выраженное формирование зрелой костной ткани без признаков нарушения целостности кости.

Таким образом нами разработана оптимальная экспериментальная модель для исследования механизмов остеоинтеграции и остеогенеза в области интеграции титановых имплантов. Исследования средствами световой микроскопии показали тенденцию к ускорению остеогенеза в окрестности имплантов, имеющих наноструктурные покрытия. Электронная микроскопия и иммуногистохимические исследования позволяют определить количественные характеристики остеогенеза и доказать преимущества имплантов с наноструктурными покрытиями. Полученные в эксперименте данные позволили перейти к ограниченным клиническим испытаниям титановых наноструктурированных пластин при остеосинтезе костных структур челюстно-лицевой зоны у онкологических больных. На базе отделения микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена проведены ограниченные клинические испытания перфорированных титановых пластин для остеосинтеза в черепно-челюстно-лицевой хирургии производства ООО «Конмет» (ТУ 9438-003-11458417-2004) с использованием композиционных СВС мишеней $TiC_{0,5} + 10\%CaO$ (ТУ 1984-015-11301236-2003) и $TiC_{0,5} + 10\%Ca_{10}(PO_4)_6(OH)_2$ (ТУ 1984-019-11301236-2005) производства ЗАО НПО «Металл». Испытания проведены на 20 пациентах находящихся на различных этапах специального лечения. Операции по остеосинтезу посредством перфорированных титановых пластин производства ООО «Конмет» осуществлялись по комбинированной анестезии в асептических условиях операционного блока МНИОИ им.П.А. Герцена. Предварительно все образцы подвергались стерилизации в аппарате холодной плазменной обработки в парах перекиси водорода в течении 50 мин. после предварительной упаковки в контейнер «stericlin». 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-лабораторными показателями (общий анализ крови, биохимический анализ крови), рентгенологически 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 согласно требованиям к срокам динамического наблюдения онкологических больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ, ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Рогинский В.В., Овчинников И.А., Вербо Е.В.

ФГУ «ЦНИИС и ЧЛХ Минздравсоцразвития РФ», Москва, Россия

E-mail: dok-nahodka@mail.ru

Лечение детей с новообразованиями, дефектами и деформациями нижней челюсти и по сей день остаётся актуальной проблемой. Любой дефект нижней челюсти с нарушением её непрерывности, формирующийся при удалении новообразования, является абсолютным показанием к его устранению. Остаётся открытым вопрос о выборе материала. Нами проведено хирургическое лечение и ретроспективный анализ его результатов 52 детей с новообразованиями, дефектами и деформациями нижней челюсти. Для устранения дефектов применялись следующие материалы: аллотрансплантат – в 24 случаях; васкуляризованные аутопересадки – у 7 больных; титановые конструкции – у 20; эндопротезы из композита полиметилметакрилат с гидроксиапатитом – у 14 больных. При устранении дефектов нижней челюсти микрососудистым аутопересадкой у 6 больных (83.4%) получены хорошие результаты, у 1 (16.6%) – удовлетворительный. Анализ клинического применения титановых эндопротезов показал: хорошие результаты у 13 (64.3%); удовлетворительные – у 2 (7.1%); неудовлетворительные – у 5 (28.6%). При применении эндопротезов из полиметилметакрилата хорошие результаты получены в 9 (66.7%) случаях, отрицательные – в 5 (33.3%). При костной пластике с применением аллотрансплантатов хорошие результаты достигнуты у 7 (28.6%) больных, удовлетворительные – у 3 (14.3%), неудовлетворительные – у 14 (57.1%). На основании проведенной работы, мы считаем целесообразным применение микрососудистых аутопересадок в случаях: резекции нижней челюсти по поводу злокачественных новообразований после проведения курса ПХТ, и лучевой терапии; при дефектах возникших в результате ранее проведенных неудачных операций; в тех случаях, когда возникает рубцовая деформация мягких тканей, формируется костный дефект в объеме половины или 2/3 челюсти, а также дефект мягких тканей необходимых для закрытия планируемого трансплантата или эндопротеза.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СВОБОДНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННЫХ ЛОСКУТОВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Роман Л.Д., Карпенко А.В., Белова Е.Н., Сибгатуллин Р.Р., Чуманихина Н.С., Джалилов Д.Н.

Ленинградский областной онкологический диспансер, отделение опухолей головы и шеи, Санкт-Петербург, Россия

E-mail: andrei_karpenko@mail.ru

Введение. Свободные реvascularизированные лоскуты в настоящее время являются самым популярным способом реконструкции дефектов головы и шеи. Опыт ведущих мировых клиник показывает высокую надежность свободного переноса лоскутов. Однако процесс овладения этой техникой достаточно сложной методики может быть непростым.

Цель исследования – проанализировать результаты применения свободных лоскутов в отделении опухолей головы и шеи ЛООД.

Материалы и методы. С 2006 по 2011 года прооперировано 40 пациентов в возрасте от 45 до 74 лет. В качестве оптической поддержки использовались бинокулярные лупы (18 пациентов) и операционный микроскоп (22). Типы примененных лоскутов: лучевой (34 раза), торакодорсальный (5), тощекишечный трансплантат (1). Послеоперационная летальность составила 2,5%. Тотальный некроз лоскута произошел в 6 случаях. Успех пластики в данной серии пациентов составил 82,5%.

Обсуждение. Столь низкий процесс успеха обусловлен отсутствием опыта, что согласуется и с данными других авторов. Даже в столь небольшой серии пациентов отмечается улучшение результатов. Первые 3 года: 18 операций, 1 смерть, 4 потери лоскутов, процент успеха – 72,2%. Последующие 2 года: 22 операции, 2 потери лоскутов, процент успеха – 90,9%.

Выводы. Опыт является важнейшим детерминантом успеха при применении свободных реvascularизированных лоскутов.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ РТА

Светицкий П.В., Баухадзе М.В.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт», Минздравсоцразвития РФ, Ростов, Россия

E-mail: rnoi@list.ru

Радикальные операции при местно-распространенном раке языка и дна полости рта носят калечащий характер, приводя к инвалидизации больных: косметическим дефектам, нарушению речи, жевания и глотания. В этой связи, при удалении первичного опухолевого очага, операции должны включать элемент реконструкции, позволяющие восстановить функции удаленных органов. В РНИОИ разработан способ реконструктивной операции при раке языка и дна полости рта.

Способ заключается в следующем.

После наложения трахеостомы, в подчелюстной области производят кожный разрез языкообразной формы. Основание лоскута в проекции подъязычной кости, а верхушка лоскута доходит до нижнего края подбородка. После отсепаровки кожи и подкожной клетчатки осуществляется шейная лимфодиссекция в адекватном объеме. Внутриворотным и подчелюстным доступами удаляется опухолевый процесс в пределах здоровых тканей. При необходимости осуществляется мандибулотомия. Кожный лоскут, размеры которого должны соответствовать раневой поверхности, проводится в сформированный туннель диафрагмы дна полости рта, укладывается на раневую поверхность и фиксируется к краям дефекта. Фрагмент кожного лоскута уложенного в туннель дезидермизируется. Рана послойно ушивается. Если операция сопровождалась проведением мандибулотомии, то, перед ушиванием мягких тканей, осуществляется ее остеосинтез титановыми пластинками.

По данной методике прооперировано 18 больных с местно-распространенным раком языка и слизистой оболочки дна полости рта III-IV стадии. В послеоперационном периоде летальных исходов не наблюдалось. Кожно-жировой лоскут во всех случаях прижился. Функции глотания, жевания и речи восстановились. Длительность наблюдения составляет 12-18 месяцев.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Светицкий П.В., Киртбая Д.В.

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздравсоцразвития РФ, Ростов, Россия

E-mail: rnoi@list.ru

В Ростовской области с населением в 4.250.000. Ежегодно заболевает раком гортани до 60-75 человек. Большинство пациентов (50-60%) обращается за лечением, находясь в трудоспособном возрасте, когда функция гортани имеет особое значение. Общепринятым хирургическим вмешательством при III ст. заболевания является экстирпация гортани, излечивающая больного, но делающая из него инвалида. В этой связи нами разработана реконструктивно-восстановительная операция на гортани, позволяющая ликвидировать опухолевый процесс и реабилитировать её функции. По данной методике прооперировано 8 больных раком гортани III ст. Процесс распространялся на одну половину гортани: вестибулярную и голосовую складки и гортанный желудочек. Операцию проводят под интубационным наркозом. После скелетирования, щитовидный хрящ рассекается вертикально, отступая от центра на 1,5-2,0 мм. в здоровую сторону. После ревизии просвета гортани и оценки распространенности опухоли, она удаляется вместе с подлежащим фрагментом щитовидного и перстневидного хрящей, но сохраняя здоровый черпаловидный хрящ. Так же оставляется верхний фрагмент щитовидного хряща (1/3 или 1/4 его части). Из кожи шеи, на стороне поражения, формируется, лишенный волос, лоскут. Он перекидывается через сохраненный фрагмент хряща, укладывается во вновь созданный просвет гортани и фиксируется к здоровым тканям – формируется ларингостома, которая закрывается через 4 мес. У всех больных восстановились речь, естественное дыхание и глотание.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОКОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Филошин М.М., Батухтина Е.В., Ратушный М.В., Севрюков Ф.Е.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена (Минздравсоцразвития), Государственный институт Стали и Сплавов (Технологический Университет), Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Для реконструкции тканевых дефектов органов головы и шеи, образующихся после обширных хирургических вмешательств в настоящее время используются различные методы алло- и аутоотрансплантации, а так же осуществляется поиск и разработка новых биосовместимых материалов для восстановления дефектов. Среди множества био материалов 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 неактивные 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. Уже через 10 дней после трансплантации гранулы ГАП оказались окруженными тонкой соединительнотканной капсулой, интимно связанной с подлежащими соединительнотканями слоями, промежутки между гранулами ГАП заполнялись фибробластами с отложениями вокруг них межклеточного соединительнотканного матрикса, отмечалась активная неоваскуляризация имплантата, с формированием обширной капиллярной сети снаружи и внутри.

Полученные в экспериментах результаты позволили перейти к клиническим испытаниям пористой керамической биокерамики, с целью ее использования для возмещения дефектов костей у онкологических больных:

для возмещения дефектов челюстно-лицевой области у 5 пациентов, основания черепа – у 2, свода черепа – у 3 пациентов. Из 10 случаев, лишь в одном случае наблюдалось отторжение биокерамического материала в связи с выраженным местным воспалительным процессом. Остальные 9 пациентов отслежены в сроки от 6 до 10 мес, отмечена хорошая функциональная реконструкция тканей.

Таким образом, использование нового поколения биосовместимых пористых керамических материалов, позволяют возмещать обширные раневые дефекты

ПЛАНИРОВАНИЕ В РЕКОНСТРУТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Чиссов В.И., Панченко В.В., Решетов И.В.,
Седых С.А., Евсеев А.В., Поляков А.П.,
Петров А.Н. Филошин М.М.*

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития», ИППИТ РАН, Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

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 2001г. по 2011 г. проведено лечение 189 пациентов со злокачественными новообразованиями у которых для планирования различных этапов хирургического вмешательства использовано 262 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 аутоотрансплантата 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 23 пациентов, данная технология успешно включает в себя дополнительное проведение КТ-виртуального планирования. При планировании реконструктивной операции для устранения ранее сформированного дефекта использовано 170 стереолитографических моделей. Для точности математического расчета параметров костных аутоотрансплантатов в комплекс планирования включается метод компьютерного послойного наложения изображения. Для оценки необходимости коррекции сложносоставного аутоотрансплантата после рекон-

структивной операции и проведения корригирующих операции использовано 45 стереолитографических модели. Стереолитографическое моделирование для зубо-челюстной реабилитации выполнено у 24 больных

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.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НАРУЖНОГО УХА

Чистяков А.Л., Ключихин М.А.

ГУЗ ЯО «Клиническая онкологическая больница», Ярославль, Россия

E-mail: klochikhin@yandex.ru

Цель исследования. улучшение онкологических и эстетических результатов хирургического лечения злокачественных опухолей кожи наружного уха.

Задача исследования. 1) оценить результаты заживления послеоперационных ран после иссечения злокачественных опухолей кожи наружного уха; 2) изучить онкологические результаты хирургического лечения рака кожи наружного уха.

Материал и методы исследования. проанализированы результаты хирургического лечения злокачественных опухолей кожи наружного уха у 71 пациента. По гистологической структуре: базальноклеточный рак – 43 (60,6%), 23 – плоскоклеточный рак (32,4%), меланома – 5 (7%). По системе TNM: T1 – 25 (35,2%); T2 – 23 (32,4%); T3 – 11 (15,5%) ; T4 – 12 (16,9%). 36 пациентам одновременно с иссечением опухоли выполнена реконструкция дефекта наружного уха с использованием следующих видов лоскутов: ротационный – 22; пластика по Тренделенбургу – 8; комбинированный кожно-мышечный лоскут на основе а. thoracoacromialis – 2; свободный полнослойный кожный лоскут – 4.

Результаты. У 65 пациентов (91,5%) наблюдалось первичное заживление раны. У 4 больных (5,6%) отмечено осложненное заживление раны в виде трофических нарушений, у 2 (2,8%) – нагноение раны с частичным некрозом лоскута. Рецидив в сроки от 2 до 5 лет наблюдался у 5 больных (7%), по поводу чего проведено повторное хирургическое лечение.

Выводы. 1) хирургическое лечение злокачественных опухолей наружного уха обеспечивает высокий процент первичного заживления раны (91,5%); 2) процент рецидивов рака кожи наружного уха после хирургического лечения составляет 7%, наибольшее число рецидивов отмечается при распространенности опухоли, соответствующей индексу T3 и T4.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

MULTIDISCIPLINARY TEAMWORK IN THE VOICE AND PULMONARY RESTORATION OF PATIENTS WITH TRACHEO-ESOPHAGEAL VOICE PROSTHESIS

Karling, Jonas. SLP, Ph.D., Margolin, Gregory. M.D., Ph.D.

Karolinska Institute, Stockholm, Sweden
Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

E-mail: gregori.margolin@karolinska.se

Introduction. Today, the most common way to restore voice after a total laryngectomy is to create a tracheo-esophageal fistula. The fistula will remain open with the aid of a voice prosthesis that allows exhaled pulmonary air to pass into the esophagus where the voice will be created. The voice prosthesis will also protect the lungs from food and liquids when swallowing. In almost every case, the patients can leave the hospital after a laryngectomy with a new functioning voice.

Aim. Examine the patient's need of care of voice and pulmonary restoration after total laryngectomy.

Materials and methods. More than 400 laryngectomized patients have been followed up during the last 30 years. The patients have been followed between 1 – 20 years.

Results. Beside regular appointments for replacement of voice prosthesis, about 13 percent of the patients needed extra support for solving different kinds of problems arisen over time.

These problems were either related to the voice prosthesis itself or the fistula but also the voice and speech was not optimal or there were physical conditions that have aroused in connection to the fistula and voice prosthesis.

Conclusion. When a laryngectomized patient gets a voice prosthesis it means a lifelong commitment by the caregiver to support the patients needs. A single surgeon has difficulties in the maintenance of all the patients and it seems crucial to build a teamwork with the surgeon and some other caregivers (doctor, logopedist, nurse) to give the patient the best support.

ORAL REHABILITATION AFTER TUMOURS ABLATION: COMPUTER ASSISTED IMPLANT SURGERY IN FREE-FLAPS RECONSTRUCTED PATIENTS

Tullio A., Meloni S.M., Massarelli O., De Riu G.

Department of Maxillofacial Surgery, University Hospital of Sassari. Italy

E-mail: vabalayte@bk.ru

Purpose. Bone continuity defects following ablation for tumours, may generate a series of problems, such as facial contour disfigurement, large oronasal communications, impaired speech, chewing, swallowing and saliva retention. The osseous free-flap, has become the gold standard for reconstructing these defects. Implant-supported prosthetic rehabilitation is enabled with this microvascular reconstructive option, although it still represents a major challenge. Aim of this prospective pilot clinical trial is to evaluate the functional assets, the prosthetic improvement and the patient's satisfaction in terms of quality

of life, offered by the C.T. guided implant surgery in patients who underwent to osseous free flaps reconstruction after ablation for tumours.

Materials and Methods. 15 patients who underwent to oncologic reconstruction with osseous free flaps were selected among 47 reconstructed patients. At the moment 10 consecutive patients of both sexes have been treated. Prosthetic restoration was performed according to a modified NobelGuide protocol (Procera Software; Nobel Biocare, Gothenburg Sweden). Computer assisted, flapless dental implant placement was based on accurate prosthetic and aesthetic analysis. Classical NobelGuide protocol had to be modified due the necessity to adapt the technique in these reconstructed patients. A total of 56 fixtures were installed (Replace Tapered Groovy Nobel Biocare), the implant length ranged between 8 and 16 mm and the implant diameter was either 3.5, 4.3 or 5 mm. All implant were immediately loaded or loaded after six month with a screw-retained prosthesis. Clinical and radiological follow up was scheduled at 3, 6, 12, 24 months after surgery.

Results. All treated patients have reached at least 6 months follow-up (range 6-24 months). Three implants were lost during the healing period. (CSR 94,6%) . Every patient received a correct provisional prosthetic rehabilitation with high degree of satisfaction when it comes to masticatory function, social functioning and overall quality of life. Radiological rough estimation of bone level showed a stable marginal bone level. No other complication, biological or mechanical, was so far recorded.

Conclusion. Individually implant-based dental restorations in patients reconstructed with free flaps have been shown to confer many benefits. Unfortunately, many problems arise when an implant-based prosthesis is planned. We believe that these complications can be reduced by adopting a computer assisted implant surgery protocol. From these still preliminary results this study seems to assessed the possibility to achieve the best prosthetic restoration for these difficult reconstructions.

ПОСТЛУЧЕВОЙ СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА»: СВЯЗЬ С ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ

Гюнтер Е.И., Панова И.Е., Яйцев, С.В., Семенова Л.Е.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер»
ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия
Росздрава», Челябинск, Россия

E-mail: Aladindocorru@mail.ru

При лучевом лечении онкологической патологии органа зрения одним из осложнений является развитие синдрома «сухого глаза» (ССГ).

Цель работы. Установить вероятность развития постлучевого синдрома «сухого глаза» после брахитерапии меланомы хориоидеи и его связь с воздействующими факторами.

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов (32 женщины, 18 мужчин) с меланомой хориоидеи (МХ), за период 2005-2009 гг. с отсутствием признаков ССГ до лечения. Средний возраст пациентов – 55,12±11,38 лет. В изучаемой группе распределение МХ по классификации TNM было следующим: T2aN0M0 – 45 (90%), T3N0M0 – 5 (10%). Брахитерапия МХ проведена офтальмоаппликаторами с радиоизотопом Ru-106/Rh-106.

Суммарная очаговая доза на вершину опухоли составила $134,8 \pm 8,4$ Гр, склеру $1528,1 \pm 340,9$ Гр. Диагностика ССГ основывалась на данных жалоб, клинических и функциональных изменений глазной поверхности (до лечения, и на сроках 1, 2-3, 6, 12 месяцев).

Результаты и обсуждение. Установлено, что в течение 12 месяцев после брахитерапии МХ частота ССГ составила 94% (легкой тяжести – 73,9%, средней тяжести – 26,1%). В раннем постлучевом периоде после брахитерапии МХ показатели клинико-функциональных методов исследования глазной поверхности характерны для лучевых реакций в первый месяц и развития признаков ССГ через 2-3 и 12 месяцев после лечения. Изучена связь степени тяжести ССГ после брахитерапии МХ от различных факторов, характеризующих клинические факторы опухоли и технические параметры облучения. Корреляционный анализ показал прямую корреляционную зависимость степени тяжести ССГ от суммарной очаговой дозы на вершину опухоли ($r_s=0,40$); чувствительность 0,79), на склере ($r_s=0,41$; чувствительность 0,81) и степени выраженности лучевой реакции ($r_s=0,49$, чувствительность 0,94).

Вывод. В постлучевом периоде после брахитерапии МХ с применением офтальмоаппликаторов Ru-106/Rh-106 постлучевой синдром «сухого глаза» развивается к третьему месяцу после лечения у 94% пациентов. Степень тяжести постлучевого синдрома «сухого глаза» прямо пропорционально зависит от суммарной очаговой дозы на вершину опухоли, на склере и степени выраженности лучевой реакции.

ЭКЗОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ОРБИТЫ

Енгигбарян М.А., Пустовая И.В.

ФГУ «РНИОИ» Минздравсоцразвития РФ, Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: mar457@yandex.ru

Лечение местно-распространенных опухолей головы и шеи неизбежно сопряжено с образованием обширных дефектов, затрудняющих социальную адаптацию пациентов.

Цель исследования. Разработка реконструктивно-восстановительного этапа лечения больных, перенесших экзентерацию орбиты.

Материал исследования. Истории болезни 29 пациентов, находившихся на лечении в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте с 2000 по 2011 годы. Всем пациентам была произведена экзентерация орбиты в сочетании с удалением опухолей окружающих зон лица.

Результаты исследования. Нами разработан и применен способ протезирования дефекта, возникающего после экзентерации орбиты. Сущность его заключается в закрытии раневой поверхности орбиты двумя перемещенными кожными лоскутами и воссоздание удаленных тканей путем наружного протезирования глазного яблока, век и окружающих тканей. Эстетические результаты протезирования констатированы нами как отличные у 14 (46,9%) пациентов, хорошие – у 11 (37,5%), удовлетворительные – у 4 (15,6%) больных.

Таким образом, разработка реконструктивно – восстановительных мероприятий является важнейшей составляющей в реабилитации пациентов, перенесших экзентерацию орбиты. Восстановление нормальной анатомии лица способствует коррекции психических функций и в последующем играет позитивную роль при формировании механизмов психологической защиты: создает позитивный эмоциональный настрой, вселяет пациенту уверенность в себе.

ПРИМЕНЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕЗЕКЦИИ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПО ПОВОДУ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Ковалёв О.А., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Росздрава, Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», Барнаул, Россия

E-mail: aoc@ab.ru

Данные литературы говорят о целесообразности раннего изготовления замещающих протезов после комбинированной резекции дна полости рта

с краевой резекцией нижней челюсти, что предотвращает грубые необратимые рубцовые изменения у больных.

Цель исследования: улучшение исходов лечения больных, перенесших комбинированные резекции дна полости рта по поводу местнораспространенных опухолей.

На этапе первичной реабилитации больных производилось непосредственное протезирование. Учитывая, что протез опирается на раневую поверхность ткани протезного поля, большую обсемененность полости рта микроорганизмами, мы применяли как адгезивное средство с противовоспалительным и ранозаживляющим действием, наносимое под базис имediata-протеза разработанную нами стоматологическую терапевтическую систему (СТС), патент РФ №2343875. Состав системы: лекарственные вещества с заданным фармакологическим действием и полимерная основа. В качестве лекарственных веществ использовались: бадан толстолистный, экстракт лопуха, облепиха крушевидная. Полимерная основа является носителем и обеспечивает «мягкую прокладку», способствует дополнительной адгезии формирующего пластинчатого съёмного протеза, высвобождению действующих веществ в определённом участке полости рта длительное время.

Антимикробная активность изучалась методом культивирования микробной культуры на питательной среде с различными концентрациями изучаемых препаратов. В работе использовали 21 штамм патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

СТС показала выраженную антимикробную и противовоспалительную активность, объясняемую высоким содержанием биологически активных веществ экстракта листьев лопуха. Заживление раневой поверхности происходило в короткие сроки, что улучшало первичную реабилитацию и адаптацию больных к формирующему съёмным пластинчатым протезам. Данные исследований жевательной эффективности, при использовании СТС, достоверно показали улучшение таковой на 7-9%.

Таким образом, данный состав можно широко использовать на ранних этапах первичной реабилитации у больных, перенесших комбинированные операции по поводу местнораспространенного рака слизистой оболочки полости рта.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ КРАНИООРБИТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Лазарев А.Ю., Сакович В.П.

ГБУЗ СО СООД «Онкология», отделение нейрохирургии №1, Уральский нейроонкологический центр, Екатеринбург, Россия

E-mail: laz-andrej@yandex.ru

Исследование качества жизни (КЖ) у пациентов с опухолями основания черепа приобретает всё больший интерес. Определение КЖ у этой категории больных может отражать правильность тактики лечения и степень возврата больных к повседневной жизни.

Материал и методы. Проведён анализ 69 пациентов получавших различные виды комбинированного лечения в нашей клинике по поводу злокачественных краниоорбитальных опухолей. Средний возраст больных – 45 лет (6-78 лет) из них мужчин-28(35,5%), женщин-51(64,5%). Группировка больных произведена ретроспективно на основании клинико-рентгенологических данных, видов и объёма оперативного и комбинированного лечения, результатов морфологии опухолей, возраста и сроков наблюдения. Определялись: неврологический статус по шкале NPS, статус по Карновскому (KPS) до и после лечения и результаты опросника КЖ MOS SF36 после лечения.

Результаты и обсуждение. Оперативное лечение произведено у всех пациентов в различном объёме, при этом полное удаление достигнуто у 64,6% больных и субтотальное у 35,4 % больных. 32% больных получали комбинированное и комбинированное лечение.

Выводы. Проведённый анализ позволил выявить значимое влияние гистологии, сроков наблюдения и возраста больных, на худшие показатели качества жизни и неврологических проявлений после проведённого лечения. Значимого влияния объёма удаления опухоли на КЖ после операции и комбинированного лечения не получено. Низкие показатели шкалы NPS после операции, обусловлены радикальными операциями, лучшие показатели по MOS SF36 выявлены при более длительном сроке наблюдения.

ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ ПРОБЛЕМЫ (РЕЧЬ И ДЫХАНИЕ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ)

Новожилова Е.Н.

Московская городская онкологическая больница №62, Москва, Россия

E-mail: E-Novozhilova@yandex.ru

Восстановление речевой функции традиционно расценивают, как основную задачу в реабилитации пациентов после ларингэктомии. Однако, как показывает опыт, невозможно достичь хорошего качества голоса без восстановления функции дыхания.

В силу биологических особенностей, слизистая оболочка верхних дыхательных путей обладает совершенными механизмами защиты от неблагоприятных воздействий внешней среды. После удаления гортани и формирования трахеостомы этот барьер нарушается, что приводит к необратимым изменениям со стороны эпителия трахеи и бронхов. Они проявляются не только клинически, но и имеют свой морфологический эквивалент в виде нарушения структуры и функции реснитчатого эпителия, повышения микробной колонизации, явлениями метаплазии и дисплазии эпителия.

Очевидно, что у пациентов после удаления гортани формируется своеобразный клиничко-морфологический комплекс изменений в дыхательных путях, требующий коррекции, причем только медикаментозными средствами решить эту проблему невозможно.

Для улучшения дыхательной функции после ЛЭ в последние годы появились системы фильтрации воздуха. Мы изучили их влияние на функцию дыхания у 49 пациентов, пользующихся голосовыми протезами. При регулярном использовании фильтров отмечается существенное уменьшение респираторных нарушений, улучшение качества речи у 63% больных, а при длительном применении - улучшение функции внешнего дыхания и бактериологических показателей у 78%. Особенно эффективным было использование фильтров в зимнее время и при работе в запыленных или загазованных условиях.

Мы считаем, что работа над совершенствованием голосовой функции после ларингэктомии неразрывно связана с восстановлением адекватного дыхания. Здесь несомненно требуется объединение усилий как клиницистов, так терапевтов и микробиологов.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГОЛОСОВЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Новожилова Е.Н.

Московская городская онкологическая больница № 62, Москва, Россия

E-mail: E-Novozhilova@yandex.ru

Одним из отрицательных моментов голосового протезирования является повреждение голосового протеза грибами, которые вызывают деструкцию силикона. Этим обусловлена необходимость замены протеза через 6-7 мес.

Цель исследования. Поиск эффективных методов борьбы с грибковой инфекцией у больных с голосовыми протезами.

Материалы и методы. В течение 2 лет нами проводилась апробация сыворотки молочной, обогащенной лактатами «ГидролактиВ» (патент № 2412604 от 27.02.2011г.) Препарат содержит сывороточный белок, аминокислоты, макро- и микроэлементы (K, Na, Ca, Mg, Zn, Mn, Cr, Ni, Se); витамины (A, K, D, E, C, гр. B, PP); не содержит гормонов, антибиотиков, генномодифицированных и искусственных добавок. Сыворотка содержит высокое количество жизнеспособных молочнокислых бактерий до 7×10^{10} КОЕ /г (в то время, как известные современные аналоги-лактофайбер, ацидофилюс и др. - лишь 3,2-3,6 $\times 10^{10}$ КОЕ/г). Содержание лактата кальция в 100 г «Гидролактива» высоко и достигает 73,3 г. В сыворотке содержится уникальный комплекс лактобактерий *Lactobacillus acidophilus*, *L.longum*, *L. Casei* и *L. Plantarum*.

По нашей методике с первого дня после ларингэктомии больные полоскали полость рта раствором «Гидролактива» (20-25 г сухого вещества на 150 мл воды). После удаления зонда 2 раза в день выпивали р-р через коктейльную трубочку, наклонив голову вперед, для обработки глоточно-пищеводного сегмента (непосредственной зоны расположения протеза). Таким же раствором полоскали полость рта и обрабатывали полость протеза и клапан. Было установлено, что культуры лактобактерий образовывали собственную биопленку на слизистых глотки, и по принципу конкуренции препятствовали

формированию биопленок патогенными микроорганизмами. Молочная кислота, выделяемая лактобактериями, способствовала угнетению гнилостной микрофлоры, снижению эндотоксикоза.

Результаты. Лечение описанным способом проведено у 73 больных раком гортани и гортаноглотки III-IV стадии в отделении опухолей головы и шеи Московской городской онкологической больницы № 62. Все они проходили в первом этапе лучевую и х/терапию и являлись хроническими носителями грибковой инфекции. Во втором этапе им была выполнена ларингэктомия с голосовым протезированием.

Выводы. При использовании описанной методики удалось значительно улучшить внутреннюю микологическую среду в орорфарингеальной зоне, что доказано не только клинически, но бактериологическими исследованиями. В результате применения данной методики нам удавалось значительно увеличить сроки эксплуатации голосовых протезов до 18-20 месяцев.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА

Ольшанский В.О., Решетов И.В., Филюшин М.М.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

В нашей стране ежегодно раком гортани заболевают более 7 тысяч человек, у 2/3 больных регистрируются запущенные формы заболеваний. Высокий показатель смертности при этом заболевании в значительной степени связан с отказом больных от «калечущей» операции удаления гортани. Эта операция оправданная с онкологических позиций наносит больному тяжелую психологическую травму, приводит его к глубокой инвалидности, лишает возможности общения с окружающими.

Назрела необходимость в разработке метода реабилитации голосовой функции после ларингэктомии, который обеспечивал бы стабильные результаты, высокое качество голоса, возможность применения в практическом здравоохранении.

В настоящее время существует 4 метода восстановления голоса после удаления гортани: логопедический, электрогортань, путем формирования трахеоглоточного шунта, с помощью голосовых протезов.

Логопедический метод применяется более 100 лет. Его преимуществом является малая инвазивность, он не требует хирургического вмешательства. Однако по данным литературы с помощью этого метода удается восстановить голосовую функцию только у 25-60% больных. Это связано с фарингоспазмом и гипотонусом сжимателей глотки, трудностями обучения заглатыванию воздуха больными, малым объемом шейного отдела пищевода, в котором накапливается воздух (180-200мл), что приводит к прерывности речи; существенным недостатком пищеводного голоса является его значительное отличие от естественного: он тише естественного (менее 60 децибел), менее выразителен, сопровождается шумом, исходящем из трахеостомы.

Электрогортань. При использовании этих аппаратов голос получается монотонным с металлическим оттенком, похожим на голос робота; больные отказываются от использования этих устройств.

Трахеопищеводное шунтирование. После завершения ларингэктомии хирург формирует шунт между задней стенкой трахеи и передней стенкой пищевода, а также языкообразный клапан, который пропускает воздух в пищевод и препятствует попаданию пищи в дыхательные пути. Опыт использования этого метода показал, что в следствии рубцового процесса клапан деформируется и начинает пропускать жидкую пищу в дыхательные пути. По нашим данным только 18% больных через 6 мес. пользовались этим методом, т.к. не было нарушения работы клапана.

Трахеопищеводное шунтирование с протезированием. Метод мало инвазивен. Преимуществом этого метода является мощный поток воздуха из легких (3 литра), направленный в пищевод через протез при закрытии трахеостомы. При использовании этого метода существенно улучшается качество голоса, которое приближается к естественному. При сравнении качества голосов восстановленных логопедическим методом и протезированием было установлено: громкость 40-45db и 65-68,2db, время фонации на одном вдохе 6-7сек и 11,8-13,5сек, темп речи 80-90 и 135-145 слов в минуту соответственно. Голос хорошего качества удалось восстановить у 96,3% больных.

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА

Письменный В.И., Кулакова Н.М., Письменный И.В.

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

E-mail: aid063son@gmail.com

Введение. Язык является одним из главных подвижных органов речи, без полноценного языка с точки зрения анатомии и физиологии невозможно четкое звукопроизношение. В зависимости от локализации хирургического вмешательства зависит форма нарушения звукопроизношения. Необходимо адаптировать возможные коррекционные приемы для создания компенсаторного механизма речепроизводства. Поэтому, состояние коммуникативной функции больных после удаления или резекции языка, зависит от объема операции, соматического и психического статуса, а также от технической возможности применения способов коррекции звукопроизношения. Разработка адекватных логопедических приемов (направлений) постановки звуков и темпо-ритмической организации устной речи, при отсутствии большей части согласных звуков русского языка.

Материалы и методы. Для тренировки артикуляторного аппарата, применяются упражнения, которые используются при логопедическом обследовании больных для оценки подвижности органов речи. Методика восстановления речевой функции применена у 79 больных со злокачественной опухолью языка.

Результаты и их обсуждение. Упражнения начинаем выполнять, несмотря на наличие трахеостомы и пищевого назального зонда, они направлены на активизацию подвижности челюсти, губ, языка в доступном объеме (учитывая объем операции). Далее отрабатывается артикуляционный уклад звуков (упор языка, форма губ, направление и сила воздушной струи, поэтому, параллельно отрабатывается сила фонационного выдоха).

Учитывая Объем и характер операции, тип артикуляторного уклада может отличаться от принятой в логопедии нормы. Например, возможно произношение некоторых звуков в компенсаторном артикуляторном укладе. Это может быть: межзубное Л в данном случае считается нормой, нижняя артикуляция Ш,Ж также. Обращается внимание только на акустические характеристики звуков.

В случаях, если произведена экстирпация языка, логопедическая работа направлена на темпо-ритмическую организацию речи. Главная цель проводимой работы сохранить коммуникативную функцию, путем плавно передаваемых речевых звуков. Сохранными являются носовые звуки и частично щелевые. Все звуки, образуемые при помощи языка, заменяются либо носовыми, либо гласными. Т.о. восприятие устной речи окружающими происходит за счет контура гласных звуков и плавной голосоподачи.

Одной из основных трудностей в работе с данной группой пациентов – это преодоление чрезмерной громкости и твердой атаки (сначала голос, затем выдох). Следует отметить, что пациенты уверены, что чем громче они говорят, тем больше шансов быть понятыми окружающими. Их громкая речь за время произношения с кем либо в диалоге, постепенно переходит на крик, который заглушает нечеткую речь.

Восстановление коммуникативной функции, позволяет вернуться к труду, ускоряет процесс психологической и социальной реабилитации.

Выводы. Для получения большего положительного результата необходимо:

- восстановление психологического состояния пациентов;
- начало коррекционной работы сразу после операции (с разрешения лечащего хирурга и хорошего соматического состояния пациента);
- сотрудничество с семьей для поддержания и адаптации больного в обществе. Соблюдение этих условий работы улучшает психологическое состояние пациентов, они свободно включаются в общение с окружающими, а значит, улучшается качество жизни.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Егоров Г.Н., Решетов И.В.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Введение. Нутритивная недостаточность встречается у 60-70% больных с опухолями головы и шеи на различных этапах развития болезни. Адекват-

ное энтеральное питание в периоперационном периоде позволяет улучшить течение послеоперационного периода, уменьшить частоту осложнений, ускорить реабилитацию.

Цель работы. Улучшить течение послеоперационного периода у больных с опухолями головы и шеи.

Материалы и методы. 36 больных с опухолями головы и шеи с признаками нутритивной недостаточности (затруднение питания, дефицит веса 10% и более, потеря в весе 10 кг и более за последние 3 месяца) получали питание FortiCare в готовых к употреблению пакетиках по 125 мл методом сипинга 3 раза в день 7-21 день до операции и 21 день после операции. Изучалась динамика веса, индекса массы тела, соотношения мышечной и жировой ткани, основного обмена, индекса активных клеток, тканевой жидкости методом импедансной электрометрии а также измерение мышечной силы с помощью кистевого силомера.

Результаты и обсуждение. Ни у кого из больных не отмечено осложнений в послеоперационном периоде. Прибавка в весе составила в среднем $1,8 \pm 0,8$ кг, наихудший результат – 0,3 кг, наилучший 4,8 кг. Отмечено улучшение в показателях тканевого обмена. Прибавка мышечной силы составила в среднем $7 \pm 3\%$

Выводы. использование Фортикера в периоперационном периоде позволило улучшить нутритивный статус больных и течение послеоперационного периода.

СПОСОБ ОТСРОЧЕННОГО ГОЛОСОВОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГОРТАНИ ПО ПОВОДУ РАКА

Ольшанский В.О., Филюшин М.М., Решетов И.В.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: reshetoviv@mail.ru

Вступление. В структуре заболеваемости злокачественными опухолями рак гортани составляет 2,8%. Высокий уровень летальности при этом заболевании обусловлен отказом больных от ларингэктомии, т.к. эта операция наносит больному тяжелую психическую травму и лишает его возможности общения с окружающими. В последние годы широкое распространение получил метод реабилитации голосовой функции после удаления гортани с помощью трахеопищеводного шунтирования с протезированием голосовыми протезами (ТПШП).

Цель работы. Применяемые в настоящее время методы ТПШП довольно сложные. Целью данной работы явилось создание метода реабилитации голосовой функции надежного, не требующего сложных инструментов, легко повторяемого и дающего хорошие, стабильные результаты.

Материал и методы. Нами применен метод ТПШП у 207 больных. Описание метода: необходимые инструменты: а) металлический проводник диаметром 2мм, длиной 20-22мм, конец которого изогнут под углом 120° имеющий на одном конце шаровидное утолщение, а на другом ручку, которая позволяет его удерживать в нужном положении. б) резиновая трубка 5мм в диаметре в которую помещают проводник, чтобы избежать ранение пищевода, в) голосовой протез, г) скальпель.

Проводник помещают в резиновую трубку и вводят в рот, продвигают в глотку и пищевод до уровня трахеостомы. Сдвигают резиновую трубку вверх, обнажают конец проводника. Изогнутую часть проводника направляют кпереди и на ней натягивают заднюю стенку трахеи и переднюю стенку пищевода. Скальпелем выполняют разрез длиной 5мм этих стенок. В образовавшееся отверстие выводят наружу в просвет трахеи конец проводника. К нему над шаровидным утолщением привязывают шелковую нить. Один ее конец оставляют в трахеостоме, а второй (на проводнике) вытягивают наружу. Затем срезают проводник и на его месте привязывают голосовой протез. Протягивая за конец нити в трахеостоме, протез затягивают в пищевод и устанавливают в трахеопищеводном шунте.

Результаты и обсуждение. В результате применения описанного метода упрощается методика введения протеза, снижается травматичность, отпадает необходимость в использовании протектора задней стенки пищевода, не требуется специальные перфораторы, легко обучается данной методике.

Заключение. при применении данной методике удалось восстановить хороший голос после удаления гортани у 96% больных.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Сергеев С.А., Соколов А.А., Митрохин С.Д., Хотеев А.Ж., Сергеев С.С.

Московская онкологическая больница № 62, Онкологический клинический диспансер № 1. Москва, Россия

Злокачественные опухоли слизистой оболочки глотки и полости рта являются наиболее часто встречающейся локализацией области головы и шеи (Чиссов В.И. с соавт., 2009г.). Ежегодный выраженный прирост заболеваемости и очень высокий процент смертности от данных опухолей требует комплексного подхода к их лечению с использованием всех современных средств.

В ЛОР-отделении Московской городской онкологической больницы ежегодно проводится лечение более 150 больных злокачественными опухолями слизистой оболочки глотки, полости рта и гортани. Запущенные и рецидивные процессы, требующие выполнения комбинированных и расширенных операций с одномоментной сложной пластикой были у подавляющего большинства из них (90%). Учитывая частые нарушения нормального питания у этих больных, риск серьезных угрожающих жизни осложнений, в том числе нагноений с образованием оро- и фанрингостом и кровотечениями из крупных сосудов шеи по данным литературы достигает 40%. Особенно он высок у больных после предшествовавшего химиолучевого лечения. В тоже время за последние три года в нашей клинике на 209 комбинированных и расширенных операции, выполненных после нескольких курсов химиотерапии и химиолучевого этапа лечения, не было отмечено ни одного серьезного осложнения. При этом наряду со стандартными комбинированными ларингэктомиями и операциями на тканях полости рта выполнялись ларингофарингэктомии и обширные резекции с удалением фрагментов нижней челюсти с расширенными вмешательствами на регионарных зонах. Данный успех обусловлен как использованием современных видов одномоментной пластики, включая микрососудистую, так и рациональными схемами антибактериальной терапии и применением современных видов специализированного клинического питания. Широкое использование различных препаратов фирмы NUTRICIA (нутридринк, фортикер, нутризон, инфатрини и нутрини) обеспечивает возможность оптимального проведения различных этапов лечения больного. При этом данный вид лечения осуществляется как в стационарных условиях, так и между его курсами амбулаторно под наблюдением сотрудников Центра опухолей головы и шеи ОКД №1. Это позволяет улучшить переносимость комплексного лечения и обеспечить наилучшие условия для быстрого восстановления больного после тяжелых оперативных вмешательств. Широкий выбор различных форм

данного лечебного питания дает возможность использовать разные удобные схемы, как в процессе химиолучевого этапа, так и для непосредственной предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больного.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Штин В.И., Новиков В.А., Балацкая Л.Н., Красавина Е.А.

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия

E-mail: balatskaya@oncology.tomsk.ru

Цель работы. Изучить качество жизни пациентов с опухолями полости носа и придаточных пазух, как критерий эффективности лечения и реабилитации.

Материалы и методы. В исследование вошли 32 пациента с опухолями полости носа и придаточных пазух, которым выполнялось комбинированное лечение с использованием эндопротезирования костных структур средней зоны лица имплантатами из никелида титана и послеоперационной магнитно-лазерной терапии. Изучение качества жизни проводилось по международному протоколу совместных исследований с Европейской организацией изучения и лечения рака EORTC QLQ-30 (version 3,0), а так же по специфичному опроснику QLQ-H&N35 (опухоль головы и шеи).

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде, как следствие операционной травмы, у большинства больных закономерно снижались показатели физического ($72 \pm 10,5$) и социального функционирования ($63,1 \pm 11,4$). Но в тоже время отмечалась положительная динамика показателей эмоционального функционирования ($79,5 \pm 9,4$). Это было связано с избавлением от опухолевого процесса и связанных с ним переживаний, уменьшением тревожности и подавленности. Постепенно отмечалась положительная динамика и по шкалам физического ($86,2 \pm 8,1$ баллов), ролевого ($92 \pm 6,3$ баллов) и социального функционирования ($92 \pm 9,6$ баллов). Этому способствовало сокращение проявлений операционной травмы на фоне проведения магнитнолазерной терапии. Ликвидировались проявления отека и кровоизлияний в области мягких тканей лица, полностью восстанавливалась функция глазного яблока на стороне протезирования.

Заключение. Таким образом, комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий позволяет сократить время реабилитации пациентов и повысить качество жизни большинства больных.

НЕЙРО И ОФТАЛЬМОКОЛОГИЯ

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОТЕРАПИЯ И РАДИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Голанов А.В., Горлачев Г.Е.

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

E-mail: golanov@nsi.ru

В 1951 году профессор Leksell объединил методы стереотаксиса и лучевого воздействия и разработал новый метод, названный им «стереотаксическая радиохирургия». Международная группа по изучению применения радиационной терапии в онкологии (RTOG) определила радиохирургический метод как прецизионное облучение небольших интракраниальных или спинальных мишеней, стереотаксически локализуемых с помощью изображений высокого разрешения. Различные методы лучевой терапии играют все большую роль в лечении нейрохирургических больных становясь сегодня стандартом лечения различной патологии центральной нервной системы. Для ряда заболеваний это важная часть комбинированного лечения, а при невозможности или повышенной опасности хирургического вмешательства – альтернатива прямой операции.

В течении 5 лет в НИИ нейрохирургии работает отделение радиологии и радиохирургии. Лечение осуществляется на современных линейных ускорителях «Новалис», «Примус», и «Кибер-Нож», а также специализированной установке для стереотаксической радиохирургии «Гамма-нож», использующей источника Co-60. «Novalis» – линейный ускоритель (6 МэВ) фирмы «Varian» (США) с микроноголепестковым коллиматором и программным обеспечением «BrainScan» фирмы «BrainLab» (Германия) используется для стереотаксической радиотерапии с полем до 10 x 10 см и стереотаксической радиохирургии; Приложение «Novalis body- Exact Gtас», позволяет проводить стереотаксическое облучение, в том числе радиохирургическое лечение патологических объемных образований в том числе экстракраниальной локализации с высокой степенью точностью (до 1 мм). «Prismus» – линейный ускоритель фирмы «Siemens» (Германия) с макроноголепестковым коллиматором с полем до 40x40 см, несколькими видами энергии облучения, возможностью лучевой терапии электронами – используется для стереотаксической конвенциональной радиотерапии.

С мая 2009 года ведется лечение на линейном ускорителе 6 МэВ, оснащенного промышленным роботизированным приводом «CyberKnife» (фирма «Accusay», США). Проводится лечение в режимах радиохирургии и гипофракционирования. Роботизированная система «Кибернож» («Cyberknife») производства фирмы «Accusay», (США) предназначена для стереотаксического облучения с субмиллиметровой точностью опухолей и артерио-венозных мальформаций любой локализации. Отличительной особенностью системы для радиохирургического лечения «Кибернож», отличающей ее от других установок, является возможность конформного облучения с высокой степенью точности мишени любой конфигурации, вне зависимости от ее локализации, в том числе, при экстракраниальном распространении без инвазивной фиксации в любом режиме фракционирования.

При выборе аппарата, техники и режима облучения, разовой и суммарной очаговой дозы необходимо учитывать состояние пациента, гистологические особенности образования, его расположение и объем. Расчет фактора ВДФ (время, доза, фракционирование) при использовании различных режимов фракционирования позволяет добиться высоких результатов лечения и минимизировать риск развития лучевых осложнений.

При радиохирургическом лечении используется однократное подведение дозы выше 12 Гр. Необходимым условием возможности проведения

радиохирургического лечения являются относительно небольшие размеры объемного образования, которые не должны превышать 3,5 см в диаметре (до 20 мл в объеме), т.к. при облучении мишеней большого размера, значительно возрастает риск развития ранних и отсроченных лучевых осложнений в виде развития лучевого некроза с выраженной реакцией окружающего мозгового вещества. Расположение патологического объемного образования в непосредственной близости от функционально значимых структур может также ограничивать возможность однократного применения высокой дозы ионизирующего излучения, что может обусловить выбор лечения в пользу фракционированного лечения, т.е. лучевой терапии. Особенно чувствительны к ионизирующему излучению зрительные пути, разовая лучевая нагрузка на которые согласно международным рекомендациям не должна превышать 8 Гр. Наличие быстро прогрессирующего неврологического дефицита, признаков внутричерепной гипертензии и симптомов выраженной дислокации срединных структур мозга является противопоказанием к проведению радиохирургии.

Всего за это время пролечено 4368 больных, из которых 10% составили пациенты детского возраста. Большинство больных составили пациенты с опухолями основания черепа (менингиомы, невриномы, аденомы гипофиза, краниофарингиомы, хордомы) – 45%, с метастатическим поражением головного мозга – 20%, с глиальными опухолями различной локализации – 21%, с артерио-венозными мальформациями – 10 %, с прочими опухолями и функциональными заболеваниями – 4%. Стереотаксическая радиотерапия проведена в 1942 случае, радиохирургическое лечение и гипофракционированное лечение – у 2426 больных. Выбор метода облучения, аппарата и режима фракционирования определялся состоянием больного, симптоматикой, размерами, локализацией и гистологической структурой новообразования. Толерантность критических структур является лимитирующим фактором для дозы и режимов фракционирования.

НИЖЕ ПРЕДСТАВЛЕНО РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО РАЗЛИЧНЫМ АППАРАТАМ ДЛЯ ОБЛУЧЕНИЯ

Новалис	1807
фракционированное лечение	1122
радиохирургическое лечение	685
Примус	955
Кибер-нож (за 1 год)	198
Гамма-нож	408
Всего	4368

Первые полученные результаты показали высокую эффективность стереотаксического облучения, как самостоятельного метода лечения, так и в составе комплексного или комбинированного лечения при различных видах нейрохирургической патологии. Применение конформной стереотаксической радиотерапии / радиохирургии привело к значительному снижению риска возникновения различных реакций на облучение.

Отмечена высокая эффективность радиохирургии как в отношении различных первичных доброкачественных и злокачественных опухолей, так и вторичных новообразований, внутримозговых метастазов различной гистологической природы.

Радиохирургический метод в настоящее время является методом выбора при лечении метастазов рака различной локализации и гистологической природы в головной мозг, будучи эффективным даже при резистентных к фракционированному облучению формах (меланомы, светлоклеточный рак почек). Контроль опухолевого роста достигается более чем в 90% случаев при условии подведения значительных доз излучения (не менее 18 Гр по краю опухоли).

Стереотаксическая радиотерапия и радиохирургия таких внеозговых образований, как доброкачественные менигиомы и невриномы, показал исключительную эффективность лечения (до 93-95% контроля опухолевого роста), сравнимого с их хирургическим удалением, при гораздо меньшем количестве осложнений, в т.ч. заметно снижается риск функциональных нарушений черепно-мозговых нервов при лечении опухолей основания черепа.

Стереотаксическое облучение является эффективным и относительно безопасным методом лечения различных видов объемных образований головного мозга, позволяющим сохранить на высоком уровне качество жизни больных, уменьшить вероятность развития различных неврологических нарушений после лечения и избежать риска операционных осложнений. Возможность проведения амбулаторного лечения, без анестезиологического, реанимационного и реабилитационного сопровождения, обуславливает потенциальную экономическую эффективность данного метода лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ

Жуковец А.Г., Минайло И.И., Моисеева О.И., Слобина Е.Л., Семак И.А., Ошарин В.В.

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

E-mail: drsemak@mail.ru,

Введение. Прогресс, достигнутый в диагностике, хирургическом, лучевом и лекарственном методах лечения метастатического поражения головного мозга (ГМ) позволяет со сдержанным оптимизмом подойти к проблеме лечения данной категории пациентов.

Цель работы. Изучить эффективность лечения пациентов с метастатическим поражением ГМ.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 91 пациента с метастазами в ГМ (61 мужчина и 30 женщин). Возраст пациентов варьировал от 18 до 80 лет (медиана 54 года). Симптоматическое лечение проведено у 21 (23,0%) пациента с генерализованным неконтролируемым опухолевым процессом и/или множественными метастазами в ГМ. Лучевое (ЛТ) и химиолучевое (ХЛТ) лечение проведено у 23 (25,3%), хирургическое – у 18 (19,8%), комбинированное – у 13 (14,3%), комплексное – у 16 (17,6%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Медиана выживаемости при симптоматическом лечении составила 1,5 мес, ЛТ или ХЛТ – 4,8 мес, хирургическом – 19,9 мес, комбинированном – 20,5 мес, комплексном – 12,8 мес. Медиана выживаемости пациентов с раком легкого составила 3,5 мес, молочной железы – 8,8 мес, почки – 8,7 мес, меланомой – 9,4 мес. Различия в выживаемости пациентов с метастазами в ГМ рака легкого и опухолей др. локализаций являлись значимыми (plog rank=0,0023). Медиана выживаемости пациентов с одиночными метастазами в ГМ составила 13,0 мес, с множественными метастазами – 3,0 мес. 1-годичная выживаемость составила 59,3±8,4% и 15,1±6,0% соответственно (plog rank=0,00003). Медиана выживаемости пациентов с висцеральными метастазами составила 3,3 мес, без таковых – 6,0 мес (plog rank=0,29).

Заключение. Дифференцированный подход позволяет выделить категории пациентов в наибольшей степени нуждающихся в проведении агрессивного лечения, включающего хирургический компонент.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Зайцев А.М., Куржупов М.И.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», НИИ Нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

mnoioct@mail.ru

Внутричерепные метастазы являются наиболее частыми опухолевыми поражениями ЦНС. В США ежегодно выявляется 100-170 тыс. случаев. Аутопсия пациентов с онкологическими заболеваниями в 25-40% выявляет внутричерепные метастазы. Не леченные внутричерепные метастазы являются наиболее вероятной причиной смерти онкобольных. На момент выявле-

ния первичного очага у (~20%) больных уже имеются метастазы в головной мозг. Период между выявлением первичного заболевания и диагностикой внутричерепных метастазов составляет: для рака легкого 6-9мес., почечно-клеточного рака – 1год., рака молочной железы, колоректального рака и меланомы около 2-х лет. Синхронное с выявлением опухоли возникновение внутричерепных метастазов определяется у 20% пациентов, метастатическое (>2 мес.) – у 80%. Синхронное внутричерепное метастазирование является прогностически неблагоприятным фактором.

Медиана продолжительности жизни у пациентов с метастатическим поражением головного мозга без лечения составляет 1 мес., при добавлении кортикостероидов – 2 мес., после облучения всего головного мозга (ОВГМ) – 4-6 мес., и 12-14 мес., если используются хирургия или радиохирургия в сочетании с ОВГМ.

Лечение данной группы больных должно проводиться в специализированных онкологических стационарах, обладающих нейроонкологическим отделением. Тактика лечения определяется совместно нейрохирургами, онкологами, радиологами и химиотерапевтами.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ НАВИГАЦИЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ МЕТАСТАЗОВ

Куржупов М.И., Зайцев А.М., Филоненко Е.В., Лошаков В.А.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», НИИ Нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

mnoioct@mail.ru

Введение. В настоящее время медиана продолжительности жизни у пациентов с метастатическим поражением головного мозга без лечения составляет 1 мес., при добавлении кортикостероидов – 2 мес., после облучения всего головного мозга (ОВГМ) – 4-6 мес., и 12-14 мес., если используются хирургия или радиохирургия в сочетании с ОВГМ.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения метастазов в головной мозг с использованием интраоперационной флуоресцентной навигации (ФН) и интраоперационной фотодинамической терапии (ФДТ).

Материалы и методы. Фотосенсебилизатор «Аласенс». Во время операции под контролем ФН производится максимально-радикальное удаление опухоли, после чего проводится ФДТ полости удаленной опухоли.

Результаты. В настоящее время в МНИОИ им. П.А. Герцена проведен анализ лечения 20 пациента с использованием ФН и ФДТ (медиана наблюдения 14 месяцев), и 30 пациентов без использования этой методики (контрольная группа): в группе с ФН и ФДТ - продолженный рост метастаза в 5%; в группе без ФН и ФДТ - продолженный рост метастаза в 26,67%.

Выводы. Хирургическое лечение метастатических опухолей головного мозга с иоФН и иоФДТ является эффективной и перспективной методикой.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТАКИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КРАНИООРБИТАЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ

Лазарев А.Ю., Сакович В.П.

ГБУЗ СО СООД «Онкология», отделение нейрохирургии №1, Уральский нейроонкологический центр, Екатеринбург, Россия

E-mail: laz-andrej@yandex.ru

Краниоорбитальные опухоли группа опухолей, преимущественно включающая опухоли, растущие в орбиту из смежных отделов основания черепа и собственно орбиты, при распространении процесса за её пределы. В настоящее время признана активная хирургическая тактика в отношении данной патологии в сочетании с лучевой и химиотерапией. Однако в ряде случаев возникают вопросы о возможности выполнения радикальных оперативных вмешательств, в плане прогноза и эффективности хирургического лечения.

часто встречаются в хиазмально – sellлярной области и клинически проявляются как первичные опухоли данной локализации.

Цель работы. Анализ клинической картины и результатов нейрохирургического лечения метастатических опухолей хиазмально – sellлярной области.

Материал и методы. А 2000 по 2010 в НИИ НХ им. академика Бурденко Н.Н. прооперировано 79 больных с различными метастатическим опухолями основания черепа, среди которых метастазы в хиазмально – sellлярной области встречались в 14 случаях. Выполнялись трансназальные оперативные вмешательства в 10 случаях, краниотомия с удалением опухоли у 4 пациентов.

Результаты и обсуждение. Часто встречаются метастатические опухоли хиазмально – sellлярной области. Клинически они проявляются преимущественно питуитарными нарушениями в 5 случаях, зрительными выпадениями в 9 наблюдениях, глазодвигательными нарушениями у 4 пациентов. Сочетание зрительных и питуитарных нарушений встречалось в 4 случаях, зрительных и глазодвигательных у 1 больного. Наиболее эффективным методом лечения является трансназальная резекция опухоли, что выполнялась в 10 случаях. В 4 наблюдениях выполнялась краниотомия с резекцией опухоли. Клиническое улучшение наблюдалось в 78 % случаев, летального исхода и послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Выводы. Метастазы хиазмально – sellлярной области часто встречаются при злокачественных опухолях различных органов. Наиболее эффективным методом лечения является трансназальная – трансфеноидальное удаление опухоли с последующим комбинированным лечением.

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Степанян М.А., Черкаев В.А., Бородин В.В.

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

E-mail: mastepanyan@mail.ru,

Введение – высокая вероятность осложнений при нейрохирургии метастатических опухолей основания черепа обусловлена интенсивной васкуляризацией метастазов, вовлечением в патологический процесс краниальных нервов, разрушением костных структур и оболочек основания черепа.

Цель работы – ретроспективный анализ осложнений при нейрохирургических вмешательствах метастазов основания черепа и разработка эффективных методов их предотвращения.

Материалы и методы – с 2000 по 2010 гг. в НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко прооперированы 79 больных с метастатическими опухолями основания черепа. В 15 случаях выполнялись трансназальные эндоскопические оперативные вмешательства, в 64 случаях краниотомия с удалением опухоли.

Результаты и обсуждение – наблюдались следующие осложнения: интенсивное кровотечение свыше 2 литров в 7 случаях, послеоперационная ликворея в 2 наблюдениях, вторичное заживление ран у 2 пациентов, обратимые поражения краниальных нервов в 14 случаях: среди них глазодвигательные нарушения наблюдались в 5 случаях, снижение зрения у 2 больных, снижение слуха в 2 случаях, нарушение иннервации лица в 3 наблюдениях, бульбарные нарушения у 2 пациентов, в 2 случаях наблюдалась картина пангипопитуитаризма.

Выводы – эффективными методами предотвращения вышеуказанных осложнений, являются предоперационная эмболизация афферентных сосудов опухоли, интраоперационный мониторинг краниальных нервов, интраоперационная навигация, первичная пластика основания черепа.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСМАНДИБУЛЯРНОГО ЦИРКУМГЛОССАЛЬНО-РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПАРА- И РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВ, ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНИХ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ И СКАТА

Чеботарев С.Я., Гуляев Д.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Российский нейрохирургический Институт им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Совершенствование специализированного лечения больных с опухолями пара- и ретрофарингеальных пространств, опухолями верхних шейных позвонков и ската с применением мультидисциплинарного подхода на территории Российской Федерации.

Материалы и методы. Нами было прооперировано 5 пациентов в возрасте от 23 до 69 лет в период с 2007 по 2010, 2 мужчины и 3 женщины. Структура диагнозов: хордома ската Блюменбаха с распространением в ретрофарингеальное пространство-2, невринома добавочного нерва с локализацией в окологлоточном пространстве-1, невринома корешка С1 с его деструкцией и распространением в пара- и ретрофарингеальное пространство-1, невринома крыловидно-небной ямки с ростом в парафарингеальное пространство-1. У 3 больных перед проведением основного этапа операции проводилась шейная стабилизация (2-хордомы ската, 1-невринома спинномозгового нерва с разрушением боковой массы первого шейного позвонка). Пластика основания черепа после удаления распространенных хордом осуществлялась лоскутом из кивательной мышцы. В послеоперационном периоде 1 пациентка погибла от менингита.

Результаты. Применение данного доступа позволило достичь тотального удаления опухолей: больной Г., 37 лет с диагнозом невринома добавочного нерва с локализацией в левом парафарингеальном пространстве была произведена операция с использованием описанного выше доступа. Опухоль удалена тотально. Время операции-3 часа 20 минут. Послеоперационное течение гладкое. Больная З., 22 лет. Диагноз: хордома ската с поражением верхних шейных позвонков, распространение опухоли в ретрофарингеальное пространство. Предварительно выполнена шейная стабилизация. По описанной технологии (применено расширение через твердое и мягкое небо) произведен доступ и полное удаление опухоли с твердой мозговой оболочкой, дефект основания черепа закрыт лоскутом из кивательной мышцы. Время операции – 8 часов 30 минут.

Выводы. Использованный нами доступ дает широкий обзор верхних отделов парафарингеального пространства и носоглотки, создает удобства для работы хирурга в этих труднодоступных анатомических зонах, позволяет произвести диссекцию крупных сосудов и нервов шеи вплоть до входа их в основание черепа и соответственно радикально удалить опухоли из этих зон с наименьшим неврологическим дефицитом для больного.

ОПУХОЛИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

АКТУАЛИЗАЦИЯ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ГОРТАНИ

Абрамов О.Е., Решетов И.В., Ольшанский В.О.,
Александрова Л.М., Мамонтов А.С.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт
им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: mnoi.abramov@gmail.com

Важная роль в управлении качеством оказания медицинской помощи онкологическим больным принадлежит стандартизации подходов к выбору методов диагностики и лечения. В соответствии с приказом Минздрава России от 11 августа 2008 г. № 410н «Об организации в министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» научно-исследовательскими онкологическими центрами Минздрава России и РАМН, при участии ведущих клинических онкологических диспансеров проводится работа по совершенствованию существующих стандартов, максимального приближения их к международным (ESMO). Разработанные стандарты базируются на принципе максимального радикализма применяемого метода лечения с учётом стадии заболевания, (хирургический, лекарственный, лучевой, комбинированный).

Понятие стандарт оказания медицинской помощи больному включает унифицированную совокупность медицинских процедур, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов, применяемых при определенном заболевании (состоянии).

Разработаны стандарты оказания медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями головы и шеи. Среди всех злокачественных новообразований данной локализации рак гортани по заболеваемости населения занимает второе место. Для лечения этих пациентов в зависимости от распространенности заболевания разработано 3 стандарта: первый – при Tis T1 N0 M0, второй при T1-4 N1-3 M0 и третий при Тлюбая Nлюбая M1.

Одним из направлений совершенствования оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным раком гортани при выполнении ларингэктомии является разработка новых медицинских технологий одномоментного трахеопищеводного шунтирования и протезирования (В.О. Ольшанский, В.И. Чиссов, И.В. Решетов, В.В. Дворниченко, В.Н. Новожилова). МНИОИ им. П.А. Герцена располагает опытом 207 операций трахеопищеводного шунтирования после ларингэктомии, из них 87 операций выполнено одномоментно с ларингэктомией. Включение методики одномоментного шунтирования и протезирования гортани, как высокотехнологичного вида помощи, в стандарты лечения больных будет способствовать оптимизации лечения, повышению качества жизни и медико-социальной реабилитации пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАДИОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ГОРТАНИ

Андреев В.Г., Панкратов В.А., Мардынский Ю.С.,
Рожнов В.А., Вдовина С.Н.

ФГБУ Медицинский Радиологический Научный Центр
Минздрава России, Обнинск, Россия.

E-mail: andreev@mrrc.ru

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

Материалы и методы. Исследование основывается на результатах лечения 1320 больных раком гортани с распространенностью опухолевого процесса T3-4N0-3M0, из которых 400 больным на I этапе одновременно с лучевой терапией проведена полихимиотерапия в сочетании с физическими модификаторами: (локальная гипертермия, лазерное излучение, воздействие постоянным магнитным полем). У 180 пациентов, в связи со слабой регрессией, опухоль признана радиорезистентной и им на 2-ом этапе проведено хирургическое лечение. Из 920 больных контрольной группы, 323 пациента с радиорезистентным раком гортани были пролечены по аналогичным методикам, но без проведения системной полихимиотерапии.

Результаты. При распространенности опухоли гортани T3N0-3M0 безрецидивная и общая выживаемость составили соответственно $86,3 \pm 3,2\%$, и $90,6 \pm 2,7\%$. В контрольной группе эти показатели равнялись $56,1 \pm 3,5\%$ $P < 0,001$, и $58,7 \pm 3,5\%$ $P < 0,001$. При T4N0-3M0 – безрецидивная и общая выживаемость оказалась равной $68,3 \pm 5,9\%$. В контрольной группе соответственно $33,9 \pm 4,2\%$ и $40,9 \pm 4,4\%$ $P < 0,001$.

Выводы. Существенное повышение эффективности хирургического лечения радиорезистентных форм рака гортани на 2 этапе комбинированного воздействия на опухоль и увеличение продолжительности жизни больных с III-IV стадией заболевания, достигается применением предоперационного облучения одновременно с полихимиотерапией в сочетании с физическими радиомодификаторами на I этапе комплексной терапии.

ЗНАЧИМОСТЬ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛИМФООБРАЩЕНИЯ НА ШЕЕ И ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ПРИ РАКЕ ЯЗЫКА

Ахметов Т.Ф.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,
Уфа, Россия

Цель. Исследовать анатомическую взаимосвязь слизистой оболочки языка с внутри и внеорганными лимфатическими сосудами, определить показания к профилактической лимфодиссекции шеи больным раком языка.

Материал и методы. Проводились экспериментальные, анатомические и клинические исследования. Эксперимент заключался в непрямой лимфографии и удалении лимфатических узлов вместе с клетчаткой, с последующим морфологическим изучением материала. Вводилась метиленовая синь в объеме до 1,5 мл., спустя определенное время после лимфографии животным проводили лимфодиссекцию. Производилась визуальная оценка лимфатических узлов. В основу анатомического материала положены результаты исследования на 28 трупах людей различных возрастных групп обоего пола. Были использованы методы микро – и макропрепарирования. Клинические исследования проводились с 2001 года, зарегистрировано 97 больных (52 мужчины и 45 женщин), получивших лечение. Проводилось хирургическое лечение в объеме гемиглоссэктомия с регионарной лимфодиссекцией.

Анализируются микропрепараты лимфатических сосудов после окрашивания их гематоксилином-эозином по Гюнтеру, а также подслизистая лимфатических сосудов языка. Проводилась оценка с помощью электронной и торсионной микроскопии.

Результаты. Особенности анатомического строения лимфатических путей, лимфоиммуногенные факторы, а также вид опухоли предопределяют процесс развития метастазов рака языка в лимфатические узлы шеи. В данном сообщении мы хотели отразить больше анатомических данных. Раковые клетки двигались по лимфатическим сосудам, фиксируясь в краевом синусе лимфатического узла. По мере накопления раковых клеток в лимфатическом узле происходит блокирование и ретроградный ток лимфы. Приводящие лимфатические сосуды становятся варикозно расширенными, в них возникает стаз лимфы. При выраженном утончении стенки лимфатического сосуда возможно распространение лимфы за его пределы по лимфогенным анастомозам – гематогенный путь метастазирования, что встречается нечасто. Если же коллатеральное лимфообращение компенсирует ток лимфы, возможно распространение метастазов на противоположной стороне.

Диаметр лимфатических капилляров составляет около 0,018 мм. В результате проведенных исследований нами установлено, что в слизистой оболочке языка лимфатические капилляры имеют две сети: поверхностную и глубокую, которые связаны между собой анастомозами. Они идут вне мышечных волокон, соединяясь между собой, и попадают в более крупные сосуды корня языка до 0,015 мм в диаметре.

Лимфатические капилляры языка поверхностной сети расположены в продольном направлении и имеют петлистый характер. Сосудисто-капиллярные образования глубокой сети располагаются перпендикулярно средней линии языка и имеют больший диаметр по сравнению с капиллярами поверхностной сети 0,015-0,2 мм.

Отток лимфы от поверхностной и глубокой сетей слизистой оболочки языка осуществляется в лимфатические сосуды небно-язычных и небно-глоточных дужек. Затем лимфатические сосуды образуют лимфатические узлы шеи. Чаще всего они возникают в местах сгиба сосуда, т.е. где минимальное давление лимфы и высокое содержание чужеродных веществ и микроорганизмов, чем и обуславливается иммунная реакция организма.

Значение лимфатических узлов в противоопухолевом иммунитете в настоящее время нами углубленно изучается. Мы предполагаем, что удаление метастатически измененных регионарных лимфатических узлов (избирательная лимфоденоэктомия при T1-T2 рак языка) одновременно с опухолью может ослабить противоопухолевый иммунитет, в связи с разобщением поверхностной и глубокой сети, что задерживает выход раковых клеток в регионарные лимфатические узлы, вызывая несостоятельность иммунной системы вследствие указанных факторов и приводит в конечном итоге к дальнейшей генерализации ракового процесса.

Также необходимо отметить большую роль микроциркуляторных факторов в процессе метастазирования.

Заключение. Рак языка – опухоль обладающая высоким метастатическим потенциалом распространяющаяся в основном лимфогенно в лимфатические узлы глубокой югулярной цепи как на сторону пораженную опухолью так и на контрлатеральную. Внутриорганные лимфатические сосуды языка играют большую роль в развитии рецидива рака, а, следовательно, и в образовании метастазов в результате их повреждения при нерадикально выполненной операции на первичном очаге. Профилактическая лимфодиссекция на шее при T1, T2 раке языка нарушает целостность внеорганных лимфатического коллектора, а следовательно и транспорт раковых клеток к регионарным лимфатическим узлам, что приводит к продолженному росту опухоли.

АНАЛИЗ ЗАТРАТ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОРТАНИ, ГЛОТКИ И ПОЛОСТИ РТА

Ворона И.С., Хвостовой В.В., Киселев И.Л., Ворона Ю.С.

ГУЗ «Курский областной онкологический диспансер», Курск, Россия
Федерация Белгородский государственный университет, Белгород, Россия

E-mail: vorona@bsu.edu.ru

Анализ экономической эффективности применяемых медицинских технологий имеет особую актуальность в наиболее затратных отраслях здравоохранения, к числу которых принадлежит онкологическая служба.

Целью работы явилась оценка экономических затрат на хирургическое лечение в ГУЗ «Курский областной онкологический диспансер» на примере пациентов со злокачественными образованиями гортани, глотки и полости рта.

Материалы и методы. 80 историй болезни пациентов с онкопатологией гортани, глотки и полости рта; стоимость койко-дня. В исследовании использованы статистические (метод случайной выборки) и общенаучные методы (выкопировка данных, группировка, анализ).

Результаты. Общий срок госпитализации пациентов составил $27,5 \pm 7,2$ дней, что при стоимости 1 койко-дня в размере 1923,0 руб. обусловило общий уровень затрат диспансера в размере $52,8 \pm 13,8$ тыс. руб. в среднем на одного пациента. Данный показатель в 3,3 раза превысил средний общероссийский уровень стоимости пребывания пациентов в стационаре, составивший 16,1 тыс. руб., а средний региональный уровень – в 4,4 раза (12,0 тыс. руб.).

Выводы. Высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам со злокачественными заболеваниями гортани, глотки и полости рта обуславливает настоятельную необходимость рационализации расходов в учреждениях здравоохранения за счет экономической оценки применяемых медицинских технологий, в том числе при оперативном лечении.

ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ РАК (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Геворков А.Р., Бойко А.В., Черниченко А.В., Дарьялова С.Л., Завалишина Л.Э., Рязанцева А.А., Соколов В.В., Гладышев А.А.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: dr.gevorkov@gmail.com

Вирусы папилломы человека (ВПЧ) являются ДНК-содержащими вирусами, поражающими клетки эпителия кожи и слизистых оболочек, что может приводить к их доброкачественному и злокачественному перерождению. В последнее время наблюдается рост заболеваемости раком орофарингеальной зоны (РОЗ) молодых людей, больше мужчин, ведущих здоровый образ жизни. При этом частота ассоциированного поражения РОЗ и ВПЧ варьирует от 20 до 90% в зависимости от распространенности табакокурения и интенсивности употребления алкоголя в стране, проводившей исследование. С другой стороны, доля ВПЧ-ассоциированного плоскоклеточного рака слизистых ротовой полости и глотки выше в странах с лояльным отношением к нормам секса (большое количество партнеров при оральном сексе и молодой возраст начала половой жизни). Так, в США и Швеции на фоне борьбы с табакокурением и сексуальной революции частота выявления ВПЧ у больных орофарингеальным раком возросла за 40 лет с 18 до 31%, и с 23 до 95% соответственно. Согласно последним данным ВПЧ-ассоциированный орофарингеальный рак следует рассматривать как отдельную нозологическую единицу, характеризующуюся склонностью к регионарному метастазированию при, как правило, относительно небольших первичных опухолях, а также высокой чувствительностью к лекарственному и лучевому лечению.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЧ-ПОЗИТИВНОГО И ВПЧ-НЕГАТИВНОГО ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО РАКА (СВОДНЫЕ ДАННЫЕ МЕТААНАЛИЗОВ)		
	ВПЧ-ПОЗИТИВНЫЙ РАК	ВПЧ-НЕГАТИВНЫЙ РАК
ОБЛАСТЬ ПОРАЖЕНИЯ	МИНДАЛИНЫ И КОРЕНЬ ЯЗЫКА	ЛЮБАЯ
ТИП ОПУХОЛИ	НЕОРОГЕНОВАЮЩИЙ РАК	ОРОГЕНОВАЮЩИЙ РАК
ВОЗРАСТ	МОЛОДЫЕ ПАЦИЕНТЫ	БОЛЕЕ ПОЖИЛЫЕ ПАЦИЕНТЫ
ОБЪЕМ ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ	ЧАЩЕ T1-2	ЛЮБОЙ
ФАКТОРЫ РИСКА	СЕКС	АЛКОГОЛЬ И ТАБАКОКУРЕНИЕ
ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ	ВОЗРАСТАЕТ	СНИЖАЕТСЯ
ВЫЖИВАЕМОСТЬ	ВЫШЕ	НИЖЕ

Клиническое наблюдение:

Пациент 56 лет с диагнозом: Рак ротоглотки IV стадии T4N2M0. Морфологически – низкодифференцированный плоскоклеточный рак. ИГХ: исследование с антителами к EGFR – реакция положительная (+). При молекулярно-генетическом исследовании методом прямого секвенирования мутаций гена EGFR не обнаружено. Обнаружена положительная реакция с зондом к ВПЧ высокого риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68).

С 16.09 по 10.10.08 проведена первая половина курса химиолучевого лечения до СОД 32Гр. Цетуксимаб СД – 2150мг. При осмотре через 2 не-

дели после окончания лечения визуально и пальпаторно опухоль в области левой миндалины не определялась. Сохранились увеличенные лузлы в средней трети шеи слева. По данным КТ, эндоскопического и ультразвукового исследований первичная опухоль не выявлялась. Картина трактовалась как полная резорбция первичной опухоли, сохранялись измененные лимфоузлы на шее слева с регрессией объема 40%. С 29.10.08 по 21.11.08г проведена 2-я половина курса химиолучевой терапии по протоколу до СОД 62Гр. Цетуксимаб СД – 2150мг. В процессе лечения у пациента на коже воротниковой зоны, на лбу и щеках, а также верхней части спины появлялась акнеподобная сыпь I-II степени. Максимальная выраженность сыпи наблюдалась на 3-й день после 4-го введения цетуксимаба как в первой, так и во второй половине курса лечения. Лучевые реакции в виде эпителиита II степени развивались на дозах 28Гр и 56Гр соответственно. Других токсических реакций не наблюдалось. Среднее время стихания описанных побочных эффектов составило 16 дней. Через 4 недели по завершении курса химиолучевой терапии пациенту выполнена лимфаденэктомия на шее слева. По данным гистологического исследования – лечебный патоморфоз IV степени. Согласно оценке по формам EORTC QLQС30 и QLQ H&N35 переносимость лечения удовлетворительная. В настоящее время безрецидивный период составляет 32 месяца.

Таким образом, химиолучевое лечение, в том числе с применением таргетных препаратов, больных ВПЧ-ассоциированным раком орофарингеальной зоны, является перспективным, поскольку с высокой степенью вероятности позволяет рассчитывать на излечение без калечащей операции у молодых работоспособных людей.

КОМБИНИРОВАННОЕ ВИДЕОЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРЕДРАКОМ И РАННИМ РАКОМ ГОРТАНИ

Гладышев А.А., Телегина Л.В., Соколов В.В., Решетов И.В., Голубцов А.К.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: alexglad.77@mail.ru

Цель. Оценка эффективности комбинированного эндоларингеального лечения больных предраком и ранним раком гортани с использованием электро-, аргонплазменной, Nd:YAG-лазерной деструкции и фотодинамической терапии.

Материал и методы. В ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» за период с 1987 по 2011 гг. эндоларингеальное лечение проведено у 145 больных: рецидивирующий папилломатоз (РП) гортани, трахеи и бронхов у 43, дискератоз гортани с дисплазией I-III у 25, ранний рак гортани (РРГ) (Tis-1NoMo) у 41, резидуальный /17/ и рецидивный /19/ рак гортани после лучевого или комбинированного лечения у 36 больных.

Результаты. Полная регрессия (ПР) опухоли и эрадикация вируса папилломы человека при РП – в 70%. Рецидив папилломы выявлен у 28% больных с увеличением межрецидивного периода в 2,5 раза. ПР при дискератозе гортани достигнута у 96%, при РРГ – у 93%. Рецидив РРГ выявлен у 3 больных: двум выполнена повторная успешная эндоларингеальная операция, одному – резекция гортани. В группе больных с остаточным и рецидивным раком гортани /36/ ПР достигнута у 81% больных. Осложнения: перфорация передней стенки гортани при проведении лазерной деструкции – у 2 больных (1,4%).

Заключение. Разработанные варианты комбинированного эндоларингеального лечения могут быть применены, как альтернатива лучевой терапии и хирургической операции у лиц молодого возраста и у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ РАКА ГОРТАНИ

Ежов В.Г., Савенок Э.В., Панов Е.Д., Подоскин А.А., Ежов С.В., Минакова Е.С.

Воронежский областной клинический онкологический диспансер, Воронеж, Россия

Фактором снижающим эффективность лечения больных раком гортани являются рецидивы, которые можно разделить на 2 группы: 1 – после лучевой терапии; 2 – после комбинированного лечения.

Цель исследования: определить тактику лечения рецидивов рака гортани.

Рецидивы рака гортани, после дистанционной гамма-терапии (ДГТ) в СОД 60-70 Гр. выявлены в основном в сроки от 2 до 5 лет после ее окончания.

У 59 больных с рецидивами после лучевого лечения проведена полихимиотерапия по схеме: 5Fu – 1000 мг I, 2, 3 день, Pt – 150 мг 4 день. После 2-3 курсов полной регрессии опухоли не было. Повторные курсы ДГТ до СОД 40 Гр у 153 больных. В сроках от 2 до 10 лет полной регрессии рецидивной опухоли не было, в последующем больные, как после полихимиотерапии, так и после повторного лучевого лечения были оперированы.

Полная регрессия опухоли была у 5 из 7 больных в сроке от 10 до 20 лет после предшествующего лучевого лечения в СОД 60-70 Гр.

Комбинированное лечение рака гортани проведено у 408 больных, причем у 49 с I-III стадиями заболевания выполнены органосохраняющие операции. У 359 больных с III-IV стадиями – ларингэктомии, в том числе у 42 – с формированием фарингостомы, а у 66 – с одномоментной операцией на зонах метастазирования. После органосохраняющих операций у 2 больных были в течение 1 года выявлены рецидивы.

Среди 359 больных после удаления гортани у 58 были выявлены рецидивы, в течение 1 года, причем у 26 они локализованы в области послеоперационного шва, у 28 в области трахеостомы, а у 6 в области фарингостомы.

Проведенное химиолучевое лечение этим больным было не эффективным.

Таким образом, альтернативы оперативному лечению у больных с рецидивами гортани нет. На полную регрессию рецидивной опухоли после повторного лучевого лечения можно рассчитывать в сроке после 10 лет.

Химиолучевое лечение у больных с рецидивами рака гортани после комбинированного лечения может быть использовано с симптоматической и паллиативной целью.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ И ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ С ПОМОЩЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕТОДОМ МСКТ С ВНУТРИВЕННЫМ БОЛЮСНЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ

Кожанов Л.Г., Юдин А.Л., Кушхов О.А.

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

E-mail: kushhov@bk.ru

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

Материалы и методы. Наш опыт основан на применении мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии у 107 человек раком гортани. Эти больные получили комбинированное, комплексное и хирургическое лечение на базе отделения опухолей головы и шеи Онкологического клинического диспансера №1 с 2004 по 2009 годы. Основной контингент составили мужчины, их было 104 (97,3%), женщины 3 (2,7%). Всем пациентам, кроме комплексного обследования, в обязательном порядке назначалась МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием.

Результаты. На основании дополнительных данных МСКТ у 39 (36,4%) человек изменен план лечения. Из них, 33 (30,8%) больным изменен объем оперативного вмешательства и 6-ти (5,6%) пациентам изменен метод лечения.

У 33 человек, которым на основании дополнительных данных МСКТ изменен объем оперативного вмешательства, выполнены следующие операции: расширены границы резекций органа у 8-ми больных. У 5 пациентов вместо планируемой резекции, объем операции изменен на ларингэктомию. Так же, только на основании данных МСКТ, из-за подслизистого распространения опухоли на гортаноглотку у 9 человек выполнена операция ларингэктомии с резекцией гортаноглотки, переход опухоли на ротоглотку и пищевод потребовало увеличения объема операции у 4-ех пациентов до ларингэктомии с резекцией ротогортаноглотки и шейного отдела пищевода, а поражение верхних отделов трахеи у 7 больных с резекцией максимально верхних отделов трахеи (6-7 колец трахеи).

У 6 человек на основании дополнительных данных МСКТ исследования изменен метод лечения. Этим пациентам проведена полихимиотерапия или ПХТ + лучевая терапия с последующим решением вопроса о возможности проведения хирургического лечения.

Отказ от хирургического лечения этим больным был вызван обширным распространением опухолевого процесса и нерезектабельностью его на данном этапе.

Выводы. МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием является информативным методом диагностики рака гортани при планировании объема оперативного вмешательства и тактики лечения этой группы больных.

ОРГАНОСОХРАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Кожанов Л.Г., Романова Е.С.

Онкологический клинический диспансер №1, Москва, Россия

E-mail: romanova.es@yandex.ru

Рак гортани занимает первое место среди опухолей лор-органов. Лечение и реабилитация больных раком гортани является актуальной проблемой. Известно, что большинство больных с данной локализацией рака поступают на лечение в III и IV стадиях, поэтому основным видом хирургического вмешательства является ларингэктомия. Ларингэктомия приводит к потере голоса и нарушению функции дыхания. В связи с этим часть больных отказывается от операции. В некоторых случаях, даже при значительной распространенности опухолевого процесса возможно выполнение резекции гортани. При фронто-латеральной резекции удаляются значительные фрагменты щитовидного хряща, что приводит к уменьшению передне-заднего размера гортани. Особенно страдают функции гортани после выполнения расширенных и комбинированных резекций. Для восстановления просвета гортани в послеоперационном периоде предотвращения попадания слюны и пищи в трахею мы использовали эндопротезы из медицинского силикона.

Наш опыт применения силиконовых эндопротезов при выполнении резекций гортани по поводу рака гортани основан на 113 наблюдениях. По распространенности процесса пациенты распределились следующим образом: T2N0M0- 82 пациента, T3N0M0-31. Всем больным выполнены фронто-латеральные резекции гортани по поводу злокачественных опухолей. После выполнения резекции в гортань устанавливался силиконовый протез для формирования просвета органа. Из 113 оперированных больных деканюлировано 103 пациента (92%).

Таким образом, использование силиконовых эндопротезов позволяет восстановить функцию дыхания у большинства оперированных больных.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ОРГАНА И ЛАРИНГЭКТОМИИ

Кожанов Л.Г., Соколов В.В., Сдвижков А.М., Елисеев Г.В.

Онкологический клинический диспансер №1
Департамента здравоохранения, Москвы, Россия

E-mail: romanova.es@yandex.ru

Среди поражений верхних дыхательных путей злокачественными новообразованиями рак гортани занимает первое место – на его долю приходится 40-70%. У подавляющего большинства больных при местно распространенных опухолях в III и IV стадиях применяется комбинированное лечение с выполнением ларингэктомии. Однако у значительного числа больных возможно выполнение расширенных и комбинированных резекции органа при III и IV стадиях заболевания. Одной из сложных проблем реабилитации больных после выполнения радикальных оперативных вмешательств является сужение оперированной гортани, трахеостомы и трахеи как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. По данным литературы, послеоперационный стеноз гортани и трахеи отмечается в 22-57% случаев. Наш опыт основан на наблюдении 237 больных стенозом оперированной гортани и трахеи у которых использованы различные методы лечения по устранению стенозов, из них хирургическим методом пролечено 143 человека, эндоскопическим с применением физических факторов 94 человека. 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.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ

Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М.

Онкологический клинический диспансер №1, Москва, Россия

E-mail: kozhanov2@mail.ru

Рак гортани, по данным различных авторов составляет от 2-5% от раковых опухолей других локализаций. Среди злокачественных новообразований верхних дыхательных путей эти опухоли встречаются в 50-70% случаев.

Несмотря на широкие возможности современной диагностики, большинство больных раком гортани (60-70%) начинают лечение на 3-4 стадиях и только 30% выявляют на ранних стадиях заболевания. При распространенных опухолях основным видом хирургического вмешательства является ларингэктомия. Однако, значительная часть больных отказывается от этой операции, так как она сопряжена с потерей голоса и нарушением функции дыхания.

Как известно, сохранение голосовой и дыхательной функций возможно при выполнении резекций гортани. Однако, при местно-распространенных опухолях после этих операций не удается реабилитировать от 22 до 57% больных вследствие трудностей при создании достаточного для дыхания просвета гортани, развития хондропериостита, роста грануляций, образования рубцовых стенозов этого органа.

С целью профилактики послеоперационного стеноза некоторые хирурги оформляют ларингостому и формируют просвет гортани на кулоне или T-образной трубке. Недостатками этих методов является многоэтапность хирургического вмешательства и длительное нарушение функции гортани.

При выполнении органосохраняющих операций, кроме онкологических результатов важной проблемой является повышение функционального резерва сохраненной части гортани и предупреждения стенозирования просвета органа.

Нами разработаны резекции гортани с применением силиконовых протезов и одномоментной реконструкции органа с целью раннего восстановления голосовой и дыхательной функций. Резекции гортани с применением силиконовых протезов выполнены у 117 человек. Голосовая и дыхательная функция восстановлена у 91% больных.

При распространенных опухолях гортани, когда невозможно выполнить резекции органа выполнялась ларингэктомия. Нами разработаны хирургические методы восстановления голосовой функции после полного удаления гортани, основанные на принципе шунтирования, т.е. создания соустья между трахеей и пищеводом. Трахеопищеводное шунтирование получило развитие в двух аспектах: формирование трахеопищеводного шунта и запретного клапана за счет аутоканей; создание искусственного приспособления – протеза, который устанавливается в трахеопищеводный шунт.

Наш опыт основан на 197 клинических наблюдениях. Голосовая функция восстановлена у 83-91,5% больных в зависимости от методики трахеопищеводного шунтирования.

Таким образом, применение оригинальных хирургических методик позволяет восстановить дыхательную и голосовую функции как после резекций органа, так и полного удаления гортани.

ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ СВЕРХЭЛАСТИЧНОЙ ТКАНИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

**Кульбакин Д.Е., Мухамедов М.Р., Жеравин А.А.,
Гарбуков Е.Ю., Фролова И.Г., Суркова П.В.,
Черемисина О.В., Меньшиков К.Ю., Васильев Н.В.,
Синилкин И.Г., Лунёва С.В.**

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия

E-mail: Kulbakin_d@mail.ru

Актуальность. Хирургический метод остается основным, как в комбинированном лечении больных с местно-распространенными стадиями первичного рака гортани, так и в случае лечения рецидивов после радикального курса лучевой терапии.

Материалы и методы. Пролечено 11 больных раком гортани T1-T3 стадиями. Всем больным, выполнялись различные виды резекций с одномоментной реконструкцией эндопротезами на основе ткани из никелида титана, созданных по оригинальной методике. В плане комбинированного лечения данные резекции выполнены 4 больным, и 7 больным по поводу рецидива рака гор-

тани после радикального курса лучевой терапии. Формирование внутренней выстилки гортани осуществлялась при помощи перемещенного мышечного лоскута (в 8 случаях) и методом предварительной префабрикации никелидтитановой конструкции, выполненной по оригинальной методике (3 случая).

Результаты. Внутренняя выстилка гортани во всех случаях была состоятельна. Во всех случаях, по данным СКТ гортани, отмечено правильное стояние конструкции, без смещения. Восемь больных декюлированы в сроки от 14 до 30 дней после операции. Самостоятельное питание полностью восстановилось к 5-7 суткам после операции. Голосовая функция сохранена у 10 больных. В одном случае (9 %) отмечался продолженный рост опухоли.

Выводы. Полученные хорошие функциональные и онкологические результаты подобных резекций с реконструкцией обеспечивают качество жизни данной категории больных и позволяет рекомендовать их для более широкого использования в клинической практике, а также побуждает проведение дальнейших исследований в данном направлении.

ОЦЕНКА ЗАВИСИМОСТИ КОЛИЧЕСТВА И ТЯЖЕСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТ ВАРИАНТОВ ШВА ГЛОТКИ И ВИДА ЛАРИНГЭКТОМИИ

Ларин Р.А., Шахов А.В.

Нижегородская областная клиническая больница им. Семашко, Нижегородская государственная медицинская академия, Кафедра болезней уха, горла и носа, Нижний Новгород, Россия

E-mail: Larin77@bk.ru

Введение. Выполнение расширенных/комбинированных ларингэктомий при раке гортани на стадии T3-T4N0-2M0, особенно выполняемых как salvage surgery при рецидивах после химиолучевого лечения, сопряжено с высоким риском осложнений. Причины: большой объем резекции смежных структур, неадекватный объем резекции глотки выбор метода шва глотки.

Цель работы сравнение количества и характера осложнений в зависимости от объема операции и метода глоточного шва.

Материалы и методы. В основную группу включено 70 пациентов, которым выполнены операции (расширенная/комбинированная ларингэктомия), по поводу рака гортани, соответствующего стадии T3-4N0-2M0. В контрольную группу включено 50 пациентов, оперированных в объеме стандартной ларингэктомии на стадии T3-4N0M0. Применялся шов по Матешуку, шов по Коломийченко и узловой погружной шов с применением нити на основе никелида титана.

Обсуждение. При проведении вмешательств отмечены следующие виды осложнений: расхождение шва глотки, формирование различного объема фарингостом (стойкой или с самопроизвольным закрытием). В основной группе отмечена большая частота осложнений (до 68%) по сравнению контрольной группой (26%). Применение в основной группе кисетного шва, ушивания глотки без дополнительной мобилизации слизистой пищевода и сохраненной глотки приводило к увеличению частоты и тяжести осложнений. При таких операциях, на наш взгляд, более целесообразно применять шов по Матешуку, в т.ч с использованием нити на основе никелида титана.

Выводы. Выполнение расширенных/комбинированных ларингэктомий сопряжено с более высоким риском несостоятельности шва глотки по сравнению с стандартной ларингэктомией. Выбор оптимальной методики шва глотки является одним из определяющих факторов в минимизации количества и тяжести осложнений. Необходимо продолжить исследование результатов применения нити на основе никелида титана и создать классификацию фарингостом в зависимости от их размера и локализации с целью стандартизации тактики хирургического лечения и более точного определения прогноза.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРОФАРЕНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ИХ МЕТАСТАЗОВ В БУХАРСКОМ РЕГИОНЕ

Мамедов У.С.

Бухарский областной онкологический диспансер, Бухара, Республика Узбекистан

E-mail: umid_doc@mail.ru

В период с 2005-2009 г.г. в Бухарском областном онкологическом диспансере были диагностированы и пролечены 219 больных с опухолями

слизистой оболочки полости рта. Среди них мужчин составляло 138 и 81 женщин соответственно. Как видно преобладали больные мужского пола из-за злоупотреблением вредных привычек, такие как курение наса и т.д.

В 89 случаев (40,6%) заболевание выявлены на I-II стадиях, большая часть диагностируемых случаев 130 (59,4%) больных соответствовала III-IV стадиям. При анализе локализации опухоли установлено: язык и дна полости рта – 126 (57,5%) больных, альвеолярная часть нижней и верхней челюсти – 55 (25,2%) больных и слизистой щеки – 38 (17,3%) больных.

Тактика лечения таких пациентов зависит от морфологического строения опухоли и регионарных метастазов. У всех больных был верифицирован плоскоклеточный рак.

Лечение данной категории пациентов с использованием как монометодов, так и комбинированных схем. Комбинированный метод лечения проведен 40,0% больным (хирургическое лечение в сочетании с ДТТ и химиотерапией). Хирургическое лечение проводилось – у 36,3% больных, лучевая терапия – у 23,7% больных.

Основным критерием эффективности лечения является показатель выживаемости больных. При анализе выживаемости больных в течение первого года при I-II стадиях заболевания составила 67,4%, при III стадии – 55,7%, а при IV стадии – 39,3%. Трехлетняя выживаемость у пациентов с I-II стадиями составила 53,9%, при III стадии – 28,4% и при IV - 16,6%. Среди мужчин 3 летняя выживаемость составила 38,4%, а одногодичная 65,2%, среди женщин 3 летняя – 33,3% и одногодичная – 44,4% соответственно.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о не удовлетворительном состоянии лечения больных со злокачественными заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Необходим поиск новых методов лечения злокачественных опухолей этой области.

ЛЕЧЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ОПУХОЛЕЙ ОРОФАРЕНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Мамедов У.С., Решетов И.В.

Бухарский областной онкологический диспансер, Бухара, Узбекистан МНИОИ им. П.А. Герцена, Минздравсоцразвития, Москва, Россия

E-mail: umid_doc@mail.ru

Для лечения регионарных метастазов обоснованно применяется традиционные методы лечения, такие как хирургический, лучевой и химиотерапевтический методы, а также их комбинации. Проблема выбора тактики лечения возникает у больных с местно-распространенными регионарными метастазами на шее, особенно когда при обследовании обнаруживается вовлечение в опухольный процесс сосудисто-нервные структуры шеи.

Материалы и методы. В период с 2007 по 2011 годы в отделении опухолей головы и шеи Бухарского областного онкологического диспансера пролечено 82 больных с опухолями орофаренгиальной зоны с регионарными метастазами шеи. Возраст больных составлял от 45 до 79 лет. По методу лечения больные распределены на 2 группы. I-группа больных: 46 больных с опухолями орофаренгиальной зоны с местно-распространенными регионарными метастазами на шее было выполнено различные объемы шейной лимфодиссекции с удалением первичной опухоли. II группа: 36 больных с злокачественными опухолями орофаренгиальной зоны с регионарными метастазами которым проведена комбинированное лечение (ПХТ+ЛТ). I группа больных из 46 у 19 (41,3%) больным произведена операция Крайля и 27 (58,7%) больным фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи. По распространенности первичной опухоли и поражение регионарных метастазов установлено, что T1-4N2M0- 33 (71,7%) больных и T2-4N3M0- 13 (28,3%) больных. Всем больным было проведено предоперационная лучевая терапия на зону регионарного метастазирования и первичной опухоли СОД 40 Гр. и полихимиотерапия по схеме Цисплатин 100 мг/м²+ Фторурацил 600 мг /м² 1-4 дни.

II группа из 36 больных у 27 (75%) имели опухоль T2-3N2M0 и у 9 (25%) больных T3-4N3M0. Всем больным проводилась ДТТ в режиме: РОД 2Гр, 5раз в неделю с СОД 45 гр, и полихимиотерапия по схеме Цисплатин 100 мг/м²+ Фторурацил 600 мг /м².

Результаты и их обсуждения. В сроке наблюдения от 3 до 48 месяцев в первой группе больных у 15 (32,6%) после проведенного оперативного вмешательства обнаружены рецидивы метастазов. У 9 (19,5%) больных в сроке наблюдения выявлены регионарные метастазы в шейные лимфатические узлы на противоположной стороне поражения. Состояние метастазов

оценивалось как N1-2. Также этим больным было произведено фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи.

Во второй группе больных после проведения комбинированного лечения частичная регрессия первичной опухоли и регионарных метастазов составляла у 23 (63,8%) больных, стабилизация у 13 (36,25%) больных. Полной регрессии первичной опухоли и регионарных метастазов не наблюдалось. В сроке наблюдения от 5 до 48 месяцев у 5 (13,8%) больных обнаружены метастазы с противоположной стороны поражения и у 2 (5,56%) больных выявлены отдаленные метастазы в легких.

Выводы. Таким образом, в первой группе больных частота рецидивов регионарных метастазов шеи за период от 1 года и 5 лет составило 37,1%. Предоперационная химиолучевая терапия не может улучшить показатели выживаемости больных. Для улучшения показателей хирургического метода лечения регионарных метастазов опухолей головы и шеи с символами N2-3 требует новых подходов и модификаций хирургического метода лечения. А комбинированное лечение с применением полихимиотерапии и лучевой терапии опухолей головы и шеи и их регионарных метастазов не приводит к ожидаемым эффектам.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ И ИННОВАЦИОННЫЕ СРЕДСТВА ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

Мартыненко В.Ф.

НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением
1-го МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

E-mail: dzm@bk.ru

Благодаря очевидному прогрессу методологии лечения и реабилитации больных раком гортани, в последние два десятилетия ларингэктомия уже не приводит больного к глубокой инвалидности, изоляции от общества, невозможности общения с окружающими. Широко распространённый сегодня метод трахеопищеводного шунтирования с протезированием повышает клиническую эффективность голосовой реабилитации больных.

В тоже время целый ряд организационных форм могут оказывать и оказывают позитивное влияние на процессы реабилитации. Так, без особых затрат, может быть расширен в практических приложениях наиболее действенный способ успокоить и убедить больного в необходимости ларингэктомии с трахеопищеводным шунтированием и протезированием (ТПШП), дать согласие на выполнение этих медицинских вмешательств – демонстрация больным пациентов, прошедших эти операции и находящихся в стадии после реабилитации голосовой функции, чтобы больной мог воочию убедиться на что он может рассчитывать и что не всё так безысходно, как рисует воображение. Созданное в 2008 г. Всероссийское Общество помощи пациентам с опухолями головы и шеи (далее – Общество) активно использует этот способ психотерапии и рекомендует его к повсеместному практическому применению.

Форма санаторно-курортного восстановительного лечения и реабилитации больных после ларингэктомии с ТПШП безусловно эффективна. Весь вопрос в доступности и возможностях её реализации. Общество решает эти проблемы, разработав не только специальные Программы реабилитации, но и проводя переговоры относительно конкретных санаторно-курортных баз как в России, так и зарубежом для обеспечения этого вида помощи.

Другой больной вопрос – качество голосовых протезов, которые несмотря на многолетний период их изготовления и применения, идеальны. Протекание, проглатывание в пищевод или выход в трахею (слабость фланцев протеза), поражение грибками и бактериями. Всё это сокращает сроки их действия, снижает эффективность, естественно, качество реабилитации голосовой функции и качество жизни больного после ларингэктомии. Общество выиграло в 2010 г. грант на разработку отечественных голосовых протезов с более высокими защитными свойствами от поражения грибками и бактериями. Работа по этому Проекту находится в стадии опытной реализации.

Новые возможности повышения эффективности реабилитации больных после ларингэктомии появились в последнее время в связи с активным развитием информационных средств и телекоммуникационных технологий. Информационные сайты Института им. П.А. Герцена, Общества, Московской городской онкологической клинической больницы №62 и др. организаций создают необходимую среду для обеспечения информационной поддержки больных и оказания им консультативной помощи. Преимущественности лечения и реабилитации служат также электронные формы первичной медицинской

документации и электронные медицинские записи, выполняемые Обществом для своих членов на специальных электронных картах.

Информационно-коммуникационные и интернет-технологии могут потенциально восполнить пробел недостатка профилактической работы среди населения, повышая настороженность людей к факторам риска онкологических заболеваний, выявления их симптоматики на ранних стадиях заболеваний для своевременного их предупреждения и лечения менее травматичными методами и средствами, с меньшими затратами и в существенно более короткие сроки.

Таким образом, расширение организационных форм реабилитации больных является дополнительным резервом повышения качества помощи после ларингэктомии. Всероссийское Общество помощи пациентам с опухолями головы и шеи только наращивает свои действия в этом направлении, но уже первые шаги подтверждают правильность выбранного направления его деятельности.

РЕЦИДИВ РАКА ГОРТАНИ В ЗОНЕ ЭЗОФАГО ФАРИНГЕАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Письменный В.И.

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

E-mail: aid063son@gmail.com

Введение. Лечение рецидивных злокачественных опухолей гортани на сегодняшний день является сложной проблемой клинической онкологии. Наиболее эффективным методом лечения злокачественных опухолей гортани является комбинированный, когда хирургический этап завершается удалением гортани. Состояние пациента после ларингэктомии характеризуется, наличием постоянной трахеоканюли, потерей голосообразующей функции, длительным использованием зондового питания, что в совокупности приводит к формированию тяжелого психотравмирующего фактора. Вероятность возникновения рецидива заболевания и регионального метастазирования сохраняется. Выбор тактики и методов лечения при региональном метастатическом поражении имеет утвердившиеся способы воздействия, а лечение рецидивной опухоли в области неоглотки и зоне шейного отдела пищевода практически не освещены. Больные с местными рецидивами после ларингэктомии представляют собой крайне сложных в диагностическом плане пациентов, у которых на момент возникновения опухоли, возможности методов консервативного лечения исчерпаны.

Материалы и методы. В отделении опухолей головы и шеи за период с 1990 по 2010 гг. хирургическому методу лечения с рецидивом рака гортани пролечено 76 больных. Рецидив опухоли гортани после ларингэктомии диагностирован в сроки от 3 месяцев до 21 года. Возраст больных составил от 34 до 87 лет. Хирургическим методом лечения, без дополнения лекарственного и лучевого метода проведено 53 пациентам.

Результаты и их обсуждение. Радикальные операции проведены у 43 (87,8%) больных с местным рецидивом рака гортани после ларингэктомии. Объем хирургического вмешательства при поражении неоглотки и пищевода заключался в резекции неоглотки и формировании фаринго- и эзофагостом. При распространении рецидивной опухоли на культю трахеи, технически было возможно удалить патологический очаг с кольцами трахеи с использованием для реконструкции дыхательного пути грудного кожного лоскута. Результаты прослежены в сроки наблюдения от 6 месяцев до 20 лет.

Выводы. При рецидиве опухоли гортани после ларингэктомии целесообразно применять хирургическое лечение в самостоятельном и комбинированном варианте с использованием реконструктивного этапа на трахее, глотке и пищеводе. Выработанная тактика при лечении пациентов с рецидивом рака гортани после ларингэктомии оправдана, безрецидивный период составил от 9 месяцев до 20 лет у 47 человек.

ТРАХЕОСТОМИЯ, НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Письменный В.И., Письменный И.В., Зотов О.А.

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

E-mail: aid063son@gmail.com

Введение. Проблема необходимости использования трахеостомии при лечении хирургических больных различных категорий на сегодняшний день остается не разрешенной и имеет сложный и зачастую неадекватный алгоритм ведения больных с тяжелыми формами дыхательной недостаточности в различной степени. Длительная продленная вентиляция с использованием интубационных трубок приводит к созданию благоприятных условий для всего перечня осложнений, которые могут возникнуть при нахождении инородного тела в просвете полости носа, рта, глотки, гортани и трахеи.

Материалы и методы. В отделении опухолей головы и шеи произведено наложение трахеостомы более чем у 4 тысяч больных с различной онкологической патологией. Технология наложения трахеостомы такова, что не является ни каким образом в последующем оставлением пациента канюленосителем.

Результаты. Требования к трахеостомии остаются неизменно последовательно важными, это восстановление проходимости дыхательных путей, минуя полость рта, глотку и гортань, исключив перечисленные анатомические образования как вредное пространство, тем самым получаем доступ для адекватно-качественной санации полости рта, гортани, и трахеи включая бронхиальное дерево. Минимальная травма трахеи, гортани, окружающих структур отсутствие воспалительных процессов на слизистой оболочке и хрящевых структурах для создания условий при наличии показаний ухода от использования трахеостомы, деканюляция. Перечисленные возможности которые предоставляются с использованием трахеостомы нельзя достигнуть при наличии длительно применяемой интубационной трубки, даже с применением эндоскопическую технику. За годы хирургии ларинго трахеальной зоны разработано много методов решения проблем восстановления проходимости верхних дыхательных путей и их положительными и отрицательными сторонами. Неизменными остались зона рассечения колец трахеи, а способы ее рассечения и дизайн разреза остаются местом поиска адекватного прохождения в просвет трахеи и формирование кожно-трахеального канала.

Выводы. Разработанный способ рассечения трахеи с моделированием трахеальных лоскутов в виде лепестков решил проблему возникающих пролежней на слизистой оболочке и коже дал возможность повести деканюлирование и восстановить дыхательную функцию более чем у трех тысяч больных.

ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ С РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е., Маторин О.В., Корицкий А.В.

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

E-mail: info@mnoi.ru

Цель. Улучшение результатов лечения больных местно-распространенным раком гортани с использованием современных хирургических технологий.

Методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена с 2006 г. выполняются видеоассистированные эндоларингеальные резекции с радиочастотной термоаблацией с использованием эндовидеооскопического комплекса и аппарата «Метатом-2» в объеме от хордэктомии до фронтально-латеральной и горизонтальной резекции с сохранением щитовидного хряща, после наложения трахеостомы.

Результаты. Выполнены хирургические вмешательства 29 больным с раком гортани стадии T1-2N0M0 в плане самостоятельного хирургического вмешательства либо комбинированного лечения с предоперационной либо послеоперационной лучевой терапией. Деканюляция больных производится на 2-3 сутки после операции. С 2006г. при контрольных обследованиях у 3 пациентов выявлен продолженный рост опухоли, что потребовало выполнение ларингэктомии.

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

МОНИТОРИНГ РАКА ГОРТАНИ НА ЭТАПАХ ЛУЧЕВОГО И ХИМИЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Суровцев И.Ю., Королев В.Н., Кулаев К.И., Зуйков К.С.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер», Челябинск, Россия

E-mail: Aladindocorru@mail.ru

В РФ комбинированный метод является основным при лечении пациентов с диагнозом рак гортани, но после неоадьювантной терапии оценить и правильно трактовать состояние гортани сложно. Внедрение видеоэндоскопического оборудования с режимами многократного увеличения и осмотра в узком спектре (Narrow-Band Imaging – NBI) с возможностью цифровой обработки информации позволяет планировать лечение на этапах комбинированной терапии.

Задачи исследования: оптимизировать алгоритм диагностики рака гортани на этапах лучевого и химиолучевого лечения.

Материалы и методы. Разработана оригинальная методика определения степени регрессии опухоли на фоне проводимой терапии. В рамках проспективного исследования обследовано 117 пациентов с диагнозом рак гортани с 2008 по 2010 год. Все получили лучевое или химиолучевое лечение. Пациенту до начала лечения и после каждого этапа лечения с интервалом в 2-3 недели выполняется мультиспиральная компьютерная томография и видеоларингоскопия. Полученные данные оцениваются с помощью адаптированной компьютерной программы с расчетом процента регрессии опухоли, используя коэффициент масштабирования.

Результаты. У 6% пациентов верифицирован продолженный рост и ранний рецидив. У 24,5% – после первого этапа лечения была изменена тактика в виду отсутствия значимой регрессии опухоли. Т.о. предложенная методика позволяет объективизировать эндоскопическую оценку динамики регрессии опухоли на каждом этапе терапии рака гортани, своевременно и адекватно изменить ее тактику.

ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТРАХЕИ

Трахтенберг А.Х., Решетов И.В., Пикин О.В., Голубцов А.К., Колбанов К.И., Глушко В.А.

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

E-mail: aleemed@mail.ru

Реконструктивно-пластические операции на трахее относятся к сложному разделу хирургии ввиду анатомо-физиологических особенностей строения дыхательных путей, высокой степени операционного риска, технической сложности вмешательств, трудностей анестезиологического обеспечения. Методом выбора восстановления проходимости дыхательных путей на сегодняшний день остается прямой анастомоз конец в конец. Способ наложения и техника шва обусловлены степенью патологических изменений тканей, уровнем резекции и размерами удаленного сегмента трахеи. Этапность формирования межтрахеального анастомоза в большей степени зависит от положения больного на столе и применяемого доступа в зависимости от уровня поражения трахеи. Клинико-анатомически принято выделять шейный, шейно-грудной и грудной отдел трахеи, что предопределяет использование воротникового доступа, стернотомии, торакотомии или их комбинаций.

Отделения торакальной хирургии, опухолей головы и шеи МНИОИ им. П.А. Герцена располагают опытом хирургического лечения 42 пациентов с опухолями трахеи и трахеогортанной зоны, которым выполнена циркулярная ее резекция с формированием трахеотрахеального (35) и трахеогортанного (7) анастомоза. У 23 пациентов диагностирована первичная опухоль трахеи (карциномид, плоскоклеточный, аденокистозный, мукоэпидермоидный рак), у 19 0150 опухоль трахеогортанной зоны (рак щитовидной железы, метастазы в лимфатических узлах шеи), вторично вовлекающая в процесс трахею. У 24 больных опухоль поражала шейный, у 10 – шейно-грудной, у 8 – грудной отдел трахеи. Послеоперационные осложнения диагностированы у 36,6%. Летальность 0150 2,4%.

По показаниям проводили комбинированное лечение. Основными факторами прогноза следует считать радикальность операции, морфологическую структуру опухоли. Общая пятилетняя выживаемость составила 60,9%.

ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Трофимов Е.И., Фуки Е.М., Сивкович О.О., Губев Р.И.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва, Россия

E-mail: fuki@yandex.ru

Введение. Комбинированная горизонтальная резекция гортани, являющаяся основным экономным вмешательством при раке гортаноглотки, требующая удаления надгортанника, характеризуется декомпенсацией разделительной функции гортани.

Цель работы. Для улучшения компенсации функций гортани после резекции её вестибулярного отдела с включением в блок удаляемых тканей прилежащих отделов гортаноглотки и корня языка нами разработана реконструктивная модификация этого вмешательства.

Материалы и методы. После удаления вестибулярного отдела гортани, надгортанника, преднадгортанниковой клетчатки, слизистой гортаноглотки и корня языка, сохраняются интактные голосовые складки и черпаловидные хрящи. Дефект тканей суживается за счет задней и боковой поверхностей языка и слизисто-мышечных боковых стенок гортаноглотки, затем остаточ-

ный диастаз между языком и передним отделом гортани закрывается передними мышцами шеи до полной герметизации за счет перемещения мышц одной стороны и укрытия их мышцами другой стороны. Подъязычная кость после устранения дефекта гортаноглотки и гортани смещается книзу и фиксируется над ушитым дефектом и остатком щитовидного хряща к передним мышцам шеи. Метод применен у 37 больных раком гортани и гортаноглотки (Т3-28, Т4-9). Из 9 больных с распространенностью первичной опухоли, соответствующей символу Т4, у 7 – распространение опухоли на вестибулярный отдел гортани и грушевидный синус, у 2 на корень языка.

Результаты. Послеоперационный период протекал благоприятно у всех пациентов, заживление раны первичным натяжением у 28. Защитная функция гортани компенсирована у 30, деканюлированы 25 человек. Больные прослежены от 3 до 54 месяцев, из них 4 оперированы в срок до 1 года. Ни у одного пациента рецидива опухоли не было, компенсация защитной функции от 2 недель до 3 месяцев. У 12 больных в различные сроки появились метастазы в регионарные лимфоузлы шеи.

Выводы. Предложенный метод закрытия послеоперационного дефекта создает благоприятные условия для компенсации разделительной функции гортани при опухоли гортаноглотки Т3-Т4.

ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

TOTAL THYROIDECTOMY WITH ULTRASONIC DISSECTOR FOR CANCER: A MULTICENTRIC EXPERIENCE

Fabio d'Ajello¹, Roberto Cirocchi¹, Alberto Santoro²,
Antonio Catania², Guglielmo Ardito⁴, Lodovico Rosato⁵,
Nicola Avenia¹, Michele d'Ajello⁶

¹ Endocrine Surgical Unit, University of Perugia, Italy

² Department of Surgical Science, Sapienza University of Rome

⁴ Endocrine Surgical Unit, UCSC, Roma

⁵ SC General Surgery Ivrea Hospital (TO)

⁶ SSD Thyroid and Parathyroid Gland Surgery

Corresponding Author: Dr. Fabio d'Ajello Endocrine Surgical
Unit University of Perugia, Italy

E-mail: f.dajello@tin.it

Purpose. We have conducted a clinical controlled trial (CCT) on patients who had undergone thyroidectomy for thyroid carcinoma. The endpoint of this study was to evaluate the benefits of Ultrasonic dissector vs conventional technique (vessel ligation and tight) in patients undergoing thyroid surgery for cancer.

Materials and methods. Between January 2007 and May 2010 a CCT was conducted on 2.125 consecutive patients admitted to our clinical wards, who had undergone thyroidectomy for thyroid carcinoma. They were divided in two groups: 783 patients (101 male and 682 female) underwent thyroidectomy with ultrasonic dissector (UAS) and 1.342 patients (254 male and 1.088 female) underwent thyroidectomy with conventional technique (vessel ligation and tight) (CT).

Results. The operative time (UAS 75 minutes mean, 54 to 120 min., vs CT 113 minutes, 68 to 173 minutes) was much lower in the thyroidectomy with UAS group. The incidence of transient laryngeal nerve palsy (UAS 11/783 patients, 1.4%, vs CT 12/1.342 patients, 0.9%) was higher in the thyroidectomy with UAS group; the incidence of permanent laryngeal nerve palsy was similar in two groups (UAS 6/783 patients, 0.8%, vs CT 14/1.342 patients, 1.04%). The incidence of transient hypocalcemia (UAS 65/783 patients, 8.3%, vs CT 98/1.342 patients, 7.3%) was higher in the thyroidectomy with UAS group; there are no relevant differences in the incidence of permanent hypocalcemia (UAS 21/783 patients, 2.6%, vs 28/1.342 patients, 2.04%) which was similar in two groups. Also the average post-operative hospitalization was similar in two groups (2 days).

Conclusion. Actually, the only significant advantage shown from this CCT is represented in terms of cost-effectiveness (reduction of the usage of operating room and hospitalization) for patients treated with UAS, subsequent to the significant reduction of operative duration. Although the analysis showed that the patients who were treated with Ultrasonic dissector don't present more favourable results in incidence of post-operative transient complications: transient laryngeal nerve palsy (1.4% in UAS vs 0.9% in CT) and of transient hypocalcaemia (8.3% in UAS vs 7.3 in CT). There is no significant difference in the incidence of permanent laryngeal nerve palsy (0.8% in UAS vs 1.04% in CT) and permanent hypocalcaemia (2.6% in UAS vs 2.04% in CT). The experience of surgeon is the only important factor which can influence the appearance of these complications; the usage of Ultrasonic dissector can only help surgical action but can't replace the experience of the operator.

LATERAL NECK DISSECTION FOR DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA: OPERATIVE TECHNIQUE VIA EXTRA THYROIDAL SPACE

G. Ardito

E-mail: vabalayte@bk.ru

A modified radical neck dissection is usually indicated for patients with differentiated thyroid carcinoma and clinically extensive cervical nodes.

We describe a less invasive lateral neck access via extra thyroideal space.

The extension of this lateral lymphadenectomy is bounded from the the sovraclavicular space to the angle of the mandibula.

The extent of lymph nodes dissection related to levels II; III;IV e V is as well as the dissection performed with the traditional approach.

It seems to carry a lower risk in terms of specific morbidity and allows quicker recovery and a better aesthetic result.

ROBOT-ASSISTED ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY: BEGGING EXPERIENCE

Barbara Mullineris, Micaela Piccoli, Giovanni Colli, Gianluigi Melotti

Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense,
Department of General and Endocrine Surgery, Modena, Italy

E-mail: vabalayte@bk.ru

Background The Da Vinci robot (Intuitive Surgical INC, Sunnyvale,CA,USA) was approved by the US Food and Drug Administration (FDA) for use in general surgery in 1997, but robotic thyroidectomy using gasless transaxillary approach was first describe only in 2008. The aim of this study is to demonstrate our beginning difficulties in applying this technique but at the same time its feasibility and safety.

Methods From 7 September 2010 through 28 May 2010, 29 patients underwent robot-assisted endoscopic lobectomy using a gasless,transaxillary approach and 7 patients total thyroidectomy with the same procedure, for a total of 36 procedures. One conversion with anterior cervicotomy. We analyzed the operation times, complications,postoperative hospital stays, postoperative pain, discomfort and cosmetic satisfaction.

Results 33 women and 3 men with a mean age of 44,6 (range28-76) years. 1 conversion with anterior cervicotomy due to inferior thyroid artery bleeding. There were 29 lobectomy and 7 The mean tumor size was 28,5 (range, 8,2-60) mm. The mean overall operation time 138,8 (range,90-240)min., mean flap time 64,1 (range, 35-180) min., mean docking time 22,5 (range, 10-50) min., mean console time 52,2 (range, 20-105) min. The mean postoperative hospital stay was 2,81 (range, 2-5) days. BMI 26,1 (range 19-37). One post-operative discomfort in the neck. 1 skin burn during flap time, 6,2% of transient hypocalcemia, 6,2% of transient hoarseness, 3 seroma, 1 hematoma. Cosmetic satisfaction from patients.

Conclusion The robotic technique needs, as all new approach, a learning curve; in our case we spend more time in the flap preparation instead of the rest of the procedure. This is due to a reached skill in the robotic procedure

for using in general surgery. Robotic lobeisthmectomy using gasless transaxillary method is safe, feasible and gives good cosmetic satisfaction. Total thyroidectomy using the same transaxillary access is still a difficult approach to identify the contralateral RNL and to manage the contralateral arterial bleeding. It can be performed by surgeons with experience in thyroid and robotic surgery.

INSULAR CARCINOMA OF THE THYROID INFILTRATING THE INTERNAL JUGULAR VEIN: DESCRIPTION OF 3 CASES

Roberto Panconesi, Ancuta Leahu, Tatiana Bargellini, Alessandro Brusolino, Paolo Prospero, Andrea Valeri

SOD 1 Chirurgia Generale, d'Urgenza e Mininvasiva, AOU-Careggi-Firenze

E-mail: vabalayte@bk.ru

Introduction. Poorly differentiated thyroid carcinoma (insular carcinoma) occurs rarely. It is described with more aggressive behaviour, poorer prognosis, and higher mortality than well differentiated thyroid carcinoma. It represents a disease where appropriate administration of aggressive treatment not typically necessary for routine well differentiated thyroid carcinoma and not effective for anaplastic disease may uniquely result in substantial benefit.

Materials and methods. We selected three cases of poorly differentiated thyroid carcinoma with neoplastic embolization of the internal jugular vein that underwent surgery. In all three cases was performed total thyroidectomy, cervical central dissection, ipsilateral lymph node resection and resection of the infiltrated part of the internal jugular vein. In one case, the tumor was infiltrating the trachea and, superficially, the esophagus. All patients underwent adjuvant treatment with radioiodine (^{131}I) and, in two cases, radiation therapy of the neck was applied.

Results. All patients are currently living, one apparently free of disease after 24 months, the other two alive but with disease-recurrence at a distance of 20 and 15 months. There is always an indication of surgery, even in more advanced forms of insular carcinoma of the thyroid. Multidisciplinary treatment (surgery, radiation radiotherapy and radioiodine treatment is currently indicated for the treatment of poorly differentiated thyroid carcinoma.

MICROSURGICAL APPROACH TO INFERIOR LARYNGEAL NERVE DURING TOTAL THYROIDECTOMY FOR CERVICO-MEDIASTINAL GOITRES. AN ITALIAN MULTICENTER STUDY

Testini M.¹, Gurrado A.¹, Avenia N.², Bellantone R.³, De Toma G.⁴, Lissidini G.¹, Piccinni G.¹, Rosato L.⁵, Franco I.F.¹, Basile F.⁶

¹ University of Bari, ² University of Perugia, ³ University «La Cattolica» of Roma, ⁴ University «La Sapienza» of Roma, ⁵ Hospital of Ivrea, ⁶ University of Catania, Italy.

E-mail: vabalayte@bk.ru

Background. Transient and definitive recurrent laryngeal nerve (RLN) palsy are relatively frequent after total thyroidectomy (TT) for cervico-mediastinal goiters (CMG). A retrospective multicenter study was conducted to verify if a microsurgical approach could prevent RLN palsy after TT.

Materials and Methods. Between 1999-2008, 19,662 patients were undergoing TT using loupe magnification 3x and microsurgical instruments, at 7 Unit of General Surgery. 18,607 patients had cervical goiter (Group A) and 1055 had CMG treated through cervical approach (Group B, n=986) or manubriectomy (Group C, n=69).

Results. Operative time, duration of drain and length of hospitalization were greater ($P<0.01$) in Group B+C (115 ± 37 min, 72 ± 20 h and 89 ± 21 h, respectively) vs A (88 ± 19 , 39 ± 10 and 69 ± 11 , respectively), and in C (195 ± 38 , 119 ± 13 and 139 ± 46 , respectively) vs A and B (109 ± 30 , 69 ± 16 and 86 ± 12 , respectively). Overall morbidity was higher in Groups B+C (35%), B (34.4%) and C (53.5%) vs A (23.7%; $P<0.001$). Statistical association with transient (5.4%, OR 1.72, 95% CI 1.29-2.30), permanent monolateral (3.2%, OR 3.17, 95% CI 2.17-4.63, $P<0.001$), and permanent bilateral RLN palsies (0.1%, OR 18.89, 95% CI 1.18-302.23, $P=0.004$) were detected in CMG treated through cervical approach vs A (3.2%,

1%, 0.05%, respectively). In split-sternal group a similar association was found regarding transient bilateral RLN palsy (1.4%, OR 8.28, 95% CI 1.12-61.39, $P=0.013$) vs A (0.2%).

Conclusions. Microsurgical approach and manubriectomy improve the outcome of TT for CMG, decreasing transient and definitive monolateral, and bilateral RLN palsies, due to faster, safer and more comfortable identification of the nerve.

IDENTIFICATION AND OPTIMAL POSTSURGICAL FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH VERY LOW-RISK PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMAS

De Toma G., Filetti S., Durante C. et al.

Dipartimento di Scienze Cliniche, Scienze Radiologiche, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, and Chirurgia P. Valdoni, Università di Roma Sapienza, Roma, Italy.

Context. Most papillary thyroid microcarcinomas (PTMCs; ≤ 1 cm diameter) are indolent low-risk tumors, but some cases behave more aggressively. Controversies have thus arisen over the optimum postoperative surveillance of PTMC patients.

Objectives. We tested the hypothesis that clinical criteria could be used to identify PTMC patients with very low mortality/recurrence risks and attempted to define the best strategy for their management and long-term surveillance.

Design. We retrospectively analyzed data from 312 consecutively diagnosed PTMC patients with T1N0M0 stage disease, no family history of thyroid cancer, no history of head-neck irradiation, unifocal PTMC, no extracapsular involvement, and classic papillary histotypes. Additional inclusion criteria were complete follow-up data from surgery to at least 5 yr after diagnosis. All 312 had undergone (near) total thyroidectomy [with radioactive iodine (RAI) remnant ablation in 137 (44%) – RAI group] and were followed up yearly with cervical ultrasonography and serum thyroglobulin, TSH, and thyroglobulin antibody assays.

Results. During follow-up (5-23 yr, median 6.7 yr), there were no deaths due to thyroid cancer or reoperations. The first (6-12 months after surgery) and last postoperative cervical sonograms were negative in all cases. Final serum thyroglobulin levels were undetectable (<1 ng/ml) in all RAI patients and almost all (93%) of non-RAI patients.

Conclusion. Accurate risk stratification can allow safe follow-up of most PTMC patients with a less intensive, more cost-effective protocol. Cervical ultrasonography is the mainstay of this protocol, and negative findings at the first postoperative examination are highly predictive of positive outcomes.

РАЗРАБОТКА СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК НАПРАВЛЕНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ

Абрамов О.Е., Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е., Александрова Л.М., Мамонтов А.С.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: info@mnoi.ru

Разработка федеральных стандартов оказания специализированной медицинской помощи больному с конкретной нозологической формой не-обходима для нормативного обеспечения стандартизации как компонента системы управления качеством медицинской помощи. Это проблема особенно актуальна в онкологии, т.к. злокачественные новообразования являются второй по значимости причиной смертности населения России.

Важное значение имеет стандартизация подходов к диагностике и лечению рака щитовидной железы (РЩЖ), поскольку этот орган является своеобразным индикатором экологического неблагополучия окружающей среды, и его доля среди онкологических больных молодого возраста увеличивается. Единственной нозологической формой радиоиндуцированного рака вследствие аварии на Чернобыльской АЭС признан РЩЖ. Среди визуальных

локализаций злокачественных новообразований среднегодовой темп прироста заболеваемости населения России РЦЖ за период с 1999 по 2009 гг. составил 2,5%, занимая вторую позицию после меланомы кожи (3,15%) и других злокачественных опухолей кожи (2,82%).

Научно-исследовательскими онкологическими центрами Минздравсоцразвития России и РАМН, при участии ведущих клинических онкологических диспансеров разработаны и направлены в Минздравсоцразвития России стандарты оказания медицинской помощи больным РЦЖ с учетом пространности злокачественного процесса. Из них 3 стандарта для оказания специализированной помощи в условиях стационара (соответственно с учетом международной классификации по системе TNM при T1-2N0M0; T2-4N0-1M0 и TхNxM1) и 1 – в амбулаторных условиях (для всех стадий РЦЖ). Стандарты по сути являются медико-экономическими и включают описание оптимально необходимого объема медицинской помощи, оказание которой должно быть обеспечено пациенту в конкретной клинической ситуации, с указанием частоты предоставления услуг, среднего количества их назначений на законченный случай лечения, дозы, а также количества лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ориентировочную дневную и курсовую дозы лекарственного средства.

МНИОИ им. П.А. Герцена в настоящее время располагает опытом хирургического и комбинированного лечения 380 больных раком щитовидной железы. (1996-2010 гг.) При дальнейшем совершенствовании стандартов считаем целесообразным включать в них видео-ассистированные операции (в институте выполнено 120 таких операций), а так же операции в сочетании с медиастиальной лимфоаденоэктомией (выполнено 117).

В этой связи возникает необходимость включения радиофармпрепаратов – источников изотопа ¹³¹I, в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

После утверждения стандартов появится возможность в каждом конкретном учреждении, оказывающем специализированную помощь больным РЦЖ, предоставлять, в соответствии с имеющейся лицензией на медицинскую деятельность, пациентам диагностические и лечебные услуги оптимального качества. Стандарты позволят обеспечить рациональное расходование средств и снижение издержек за счет исключения выполнения необоснованных и устаревших вмешательств.

Переход онкологической службы на оказание специализированной и высокотехнологической помощи в соответствии со стандартами. Накопление опыта их клинического применения, определяют пути дальнейшего совершенствования системы стандартизации онкологической помощи населению России.

ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Белобородов В.А., Павлов Л.У.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

E-mail: BVA555@yandex.ru

В последние десятилетия количество больных с вновь выявленными узловыми образованиями щитовидной железы (УОЩЖ) продолжает увеличиваться. В этой связи существует настоятельная необходимость определения тактики лечения в зависимости от их размеров и гистоструктуры.

Цель исследования. Оценить эффективность определения показателей системы глутатиона для определения лечебной тактики при УОЩЖ.

Материалы и методы. Проведено исследование содержания глутатиона (GSH), глутатионтрансферазы (GT) и глутатионредуктазы (GR) в ткани ЩЖ в качестве маркера пролиферативной активности в УОЩЖ. Препараты ЩЖ были разделены на 2 группы: основную и контрольную. Основную группу составили 60 препаратов ЩЖ (49 больных с разными заболеваниями ЩЖ), Контрольную – 24 препаратов неизменной ЩЖ.

В результате проведенного анализа полученных данных выявлено, что из всех обследованных препаратов ЩЖ наибольший уровень GSH, GT, GR отмечен при тиреоидных опухолях, превышающих нормальные показатели. Наибольшие значения были при тиреоидной аденоме. В измененной ЩЖ неопухолевого характера уровень GSH и ферментов его метаболизма был в норме. Сравнительный анализ средних значений анализируемого параметра при опухолях (аденома и рак) и неопухолевых заболеваниях (узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит, диффузный токсический зоб) ЩЖ показал, что у первых уровень GSH выше, чем у вторых. Следовательно, подтвержда-

ется гипотеза о возможности использования предлагаемых показателей в качестве маркеров пролиферативной активности в целях выбора лечебной тактики при УОЩЖ.

НОВЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Богатиков А.А., Романчишен А.Ф., Кузьмичев А.С., Чухловин А.Б.

Кафедра госпитальной хирургии Санкт-Петербургской государственной Педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии, Санкт-Петербург, Россия

E-mail: afromanchishen@mail.ru

Введение. Гены системы протеолиза оказывают влияние на рост злокачественных новообразований и их метастазирование, тем самым определяя прогноз течения заболевания. Целью нашей работы была оценка роли генов матриксных металлопротеиназ -1 и -3 (MMP-1и-3), активатора ингибитора плазминогена (PAI-1), ангиотензин-конвертирующего фермента (ACE) у больных папиллярным раком щитовидной железы.

Материал и методы. В исследование было включено 109 больных, оперированных по поводу папиллярного РЦЖ. Женщин было – 94 (86,23 %); мужчин – 15 (13,77%). Больным проводилось генотипирование промоторных аллелей генов MMP-1 (1G/2G) и MMP-3 (5A/6A), PAI-1 (4G/5G), ACE-I /D методом аллель-специфической ПЦР.

Результат. Нами выявлено, что у больных папиллярным раком ЩЖ, наличие генотипа MMP-1/2G коррелирует с уменьшением частоты метастатического поражения регионарных лимфатических узлов ($p=0,03$). Наличие высокоактивного генотипа 5A гена MMP-3 ассоциировано с ранним дебютом заболевания (средний возраст 48 лет) ($p<0,01$), что указывает на потенцирующее влияние на рост опухоли. У пациентов пожилого и старческого возраста присутствие генотипа DD гена ACE-I ассоциировано с наличием регионарных метастазов, а вариант 4G PAI-1 коррелирует с высокой степенью дифференцировки карциномы ЩЖ ($p=0,03$).

Выводы. Полученные результаты показывают, что функциональные варианты генов системы протеолиза, можно рассматривать как дополнительный прогностический фактор в оценке течения папиллярного РЦЖ.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И РИСКИ РАДИОИОДТЕРАПИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гарбузов П.И.

Медицинский радиологический научный центр МЗСРР, Обнинск, Россия

E-mail: garbuzov@mrrc.obninsk.ru

Цель. Оценить частоту побочных эффектов и возможные риски применения I-131 для лечения дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ).

Материалы и методы. В клинике МРНЦ ежегодно радиоiodотерапию получают более 1000 больных с ДРЩЖ. После введения активностей 80-100МКи I-131 гематотоксическая реакция I степени выявляется редко (менее 10%) больных. При дальнейшем наблюдении не отмечено стойких изменений крови. Лучевой тиреоидит с развитием отечности, болезненности на шее встречается при значительном объеме остаточной тиреоидной ткани. Наиболее часто (до 30%) подвержены лучевому воздействию слюнные железы. Дисфункция слюнных и слезных желез, временное снижение аппетита и тошнота у большинства носит транзиторный характер и требует лишь симптоматической терапии. Существует вероятность развития лучевого фиброза легких при диффузном метастатическом поражении. Риск развития лейкемии, второго рака возрастает только при высокой суммарной активности (>600 – 700МКи). Влияние на функцию гонад у женщин первые 2 месяца может приводить к нарушению менструального цикла, у мужчин к олигоспермии. Спустя 6 месяцев после лечения женщин вредного влияния на фертильность, массу тела плода, частоту врожденных пороков и преждевременных родов не отмечено.

Выводы. Однократное применение I-131 в терапии высокодифференцированного рака щитовидной железы сопровождается незначительными побочными эффектами. Риски осложнений и развития вторичных опухолей увеличиваются при высоких суммарных активностях радиоiodа.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Зинкевич И.В., Зинкевич О.И., Текутов А.Н., Плескач М.В., Матвеев А.А.

E-mail: igor.zinkevich@mail.ru

Целью исследования явилось сравнение распространенности рака щитовидной железы среди всех пациентов с заболеванием щитовидной железы в Ростовской области, изучение морфологического типа опухоли, стадии опухолевого процесса, объема оперативного вмешательства, информативность цитологического и гистологического исследований в зависимости от морфологического типа опухоли, а также число рецидивов в различные периоды наблюдения.

С 1999г по 2006г. было выполнено 730 операций по поводу рака щитовидной железы (РЩЖ), что составило 14,6% от всех прооперированных больных с патологией щитовидной железы. В последние годы отмечается рост числа больных раком щитовидной железы. С 2007г. по 2010г. было прооперировано 435 больных, что составило 20,6%.

Большинство пациентов было с папиллярным раком щитовидной железы, что составило 88,5%. В последнее время информативность цитологического исследования достигла 95,2% при наличии опытного врача-цитолога.

В период с 1999г. по 2006г в большинстве случаев предпочтение отдавалось при выполнении оперативного вмешательства гемитиреоидэктомии, с последующей лучевой терапией. Однако это не уменьшило количество рецидивов опухолевого процесса. В среднем за 8 летний период рецидив наблюдался у 55больного (8,1%).

В настоящее время (2007-2010г.) мы придерживаемся мнения о необходимом объеме – тотальной тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией, дополненной при показаниях односторонней или двусторонней фулярно-фасциальной лимфодиссекцией, терапией радиоактивным йодом, что позволило снизить процент рецидивов.

Выводы. 1. Информативность цитологического исследования зависит от морфологического типа опухоли: ПРЩЖ – 97,8%, ФРЩЖ – 65,2%.

2. Результаты хирургического лечения зависят от морфологического типа опухоли, глубины распространения процесса и объема операции.

3. Оптимальный объем оперативного вмешательства является тотальная тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией, при необходимости дополненная одно- или двусторонней фулярно-фасциальной лимфодиссекцией, а также терапия радиативным йодом. Это повышает в дальнейшем качество жизни пациента.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Крехно О.П., Фролов А.С., Ермаков В.Е., Марченко К.С., Медведев В.А., Шевчук Г.И.

ГКБ №5, Тольятти, Россия

E-mail: wings_mail@rambler.ru

Недифференцированный рак щитовидной железы-это редкая злокачественная опухоль характеризующаяся крайне агрессивным течением и плохим прогнозом независимо от методов лечения. Так, по данным различных авторов, одногодичная летальность при недифференцированном раке щитовидной железы составляет 88-95%, а пятилетняя выживаемость не превышает 1-3%. Как показывает наш опыт и данные литературы- агрессивный рост опухоли с инвазией в соседние ткани и органы – хирургическим методом лечения независимо от объема выполненной операции вылечить невозможно. Использование комплексного (операция, лучевая терапия, химиотерапия) метода лечения не только улучшает качество, но и увеличивает продолжительность жизни пациентов.

Цель исследования. Улучшить отдаленные результаты лечения больных недифференцированным раком щитовидной железы.

Материалы и методы. В городской клинической больнице №5 г. Тольятти в период с 1999 по 2009 г. из 403 больных злокачественными опухолями щитовидной железы 11 (2,7%) имели недифференцированный рак. Методы обследования включали- клинические, лабораторные, ультразвуковое ис-

следование, фиброэзофагоскопия, фиброларингобронхоскопия, компьютерная томография, тонкоигольная биопсия с цитологическим исследованием.

Результаты исследования. Средний возраст больных составил $65 \pm 7,4$ года. Мужчин было 2, женщин – 9. Из 11 пациентов одному мужчине из-за распространенности опухолевого процесса была выполнена инцизионная биопсия. 10 больных были оперированы, всем была выполнена тиреоидэктомия с шейной лимфодиссекцией. В послеоперационном периоде в плане комплексного лечения проведены дистанционная лучевая терапия с в СОД 40-55 Гр и 4-6 курсов полихимиотерапии с применением доксорубина и карбоплатины. Все пациенты умерли в течении 6-12 месяцев с момента установления диагноза.

Заключение. Недифференцированный рак щитовидной железы является высокоагрессивной опухолью с неблагоприятным прогнозом. Только ранняя диагностика и комплексное лечение позволяют надеяться на увеличение продолжительности жизни пациентов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПИЛЛЯРНЫХ ТИРЕОИДНЫХ КАРЦИНОМ ПРИ РАЗНЫХ МОЛЕКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТКАХ

Маньковская С.В.

Институт физиологии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

E-mail: mankovskaya_svet@mail.ru

Введение. Предполагается, что агрессивное течение некоторых случаев папиллярного рака щитовидной железы (ПРЩЖ) связано с генетическими нарушениями в опухолевых клетках.

Цель. Сравнительная характеристика RET/PTC- и BRAF-позитивных карцином.

Материалы и методы. Исследованы биоптаты 59 больных ПРЩЖ (13 мужчин и 46 женщин; средний возраст пациентов – $36,8 \pm 9,6$ лет). Образцы РНК и ДНК выделены с помощью реагента TRIzol. Идентификация онкогенов RET/PTC проводилась методом ОТ-ПЦР, а мутации T1799A в гене BRAF методом специфической амплификации мутантного аллеля. Продукты ПЦР разделяли в 1,5% агарозном геле и визуализировали в УФ-свете.

Результаты. Структурные повреждения генов RET и BRAF выявлены в 38 (64,4%) ПРЩЖ, причем они не регистрировались одновременно в одной и той же опухоли. Перестройки RET/PTC найдены в 11 (18,6%) случаях (в 5 – RET/PTC1, в 6 – RET/PTC3), а мутация BRAF T1799A – в 27 (45,8%) образцах. Частота перестроек гена RET была достоверно выше в опухолях у больных до 30 лет по сравнению с таковой у больных старше 30 лет (33,3 и 10,5%; $p=0,041$). Трансверсия T1799A в гене BRAF значимо чаще наблюдалась у больных после 40 лет ($p<0,0001$). RET/PTC-позитивные карциномы по сравнению с BRAF-позитивными чаще имели отсутствие капсулы опухолевого узла (100,0 и 62,9% соответственно; $p=0,037$), обладали высокой частотой экстраиреоидной инвазии (45,5 и 11,1%; $p=0,031$) и регионарного метастазирования (100,0 и 44,4%; $p=0,002$). Других достоверных различий в клинической картине не обнаружено.

Вывод. В отличие от BRAF-позитивных раков RET/PTC-позитивные демонстрируют более агрессивное клиническое течение заболевания.

МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт

им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития», Москва, Россия

E-mail: info@mnoi.ru

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 2005г. по 2011г. было проведено лечение больных

раком щитовидной железы 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 клинко-диагностический комплекс, включающий в себя: ультразвуковое исследование с трехмерной реконструкцией, компьютерная томография с трехмерной реконструкцией, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, остеосцинтиграфия, тонкоигольная и толстоигольная трепанобиопсия опухоли, 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 большие были направлены на лечение радиоактивным йодом, либо проводилась лечебная гормонотерапия.

Результаты. Радикально прооперированы 35 пациентов. У 32 (91,4%) выявлен высокодифференцированный рак щитовидной железы, этим пациентам в послеоперационном периоде проведена лучевая терапия радиоактивным йодом. У 3 (8,6%) пациентов выявлен медуллярный рак щитовидной железы, им проведена послеоперационная дистанционная лучевая терапия. Период наблюдения составил 6 лет. После комбинированного лечения 4 (11,4%) пациентам выполнены хирургические вмешательства по поводу рецидива метастазов рака щитовидной железы

Выводы. развитие хирургической техники и инструментальной базы позволяет выполнять расширенные хирургические вмешательства при распространенном раке щитовидной железы, даже при неэффективности лучевой терапии радиоактивным йодом, сохраняя трудовую и социальную активность.

СРЕДОСТЕННО-ЗАГРУДИННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: info@mnioi.ru

Цель. Улучшение результатов лечения больных высокодифференцированным раком щитовидной железы с использованием современных хирургических технологий видеоассистированных хирургических вмешательств из мини-доступа через верхнюю грудную апертуру к лимфоузлам передне-верхнего средостения при лимфаденопатии.

Материалы и методы. С 2000г. выполнено сто тридцать два (132) видеоассистированных хирургических вмешательств. Операция выполняется при подтвержденном раке щитовидной железы и метастазах в лимфатические узлы передне-верхнего средостения, а также при лимфаденопатии выявленной при обследовании. После хирургического вмешательства на щитовидной железе – тиреоидэктомия, из того же доступа, через яремную вырезку, ретростернально вводится телескоп, с помощью эндоскопических инструментов производится блоковое удаление пре- и паратрахеальной клетчатки на шее с обеих сторон, и в передне-верхнем средостении под видеоконтролем возвратных гортанных нервов, структур средостения, что сводит к минимуму возможные интраоперационные осложнения. Помимо визуальной оценки объема удаленных тканей в средостении проводится интраоперационное ультразвуковое исследование.

Результаты. При плановом морфологическом исследовании у 107 больных выявлены метастазы рака щитовидной железы, у 25 пациентов метастазов рака щитовидной железы выявлено не было. Количество удаленных лимфатических узлов в среднем 8,9 шт., максимально 37. Время операции по сравнению со стернотомией сократилось в два раза. По данным 5 летних наблюдений из 132 больных в 4 случаях выявлено прогрессирование опухолевого процесса, в 1 случае возник рецидив метастазов рака щитовидной железы, в 87 случаях (из 107) при комплексном обследовании рецидива метастазов в средостении выявлено не было. В связи с дооперационной недооценкой опухолевого процесса в средостении, дважды проводилась конверсия в стернотомию и удаление метастазов в средостении с резекцией окружающих структур. Из интраоперационных осложнений в одном случае было ранение легочной артерии, что также потребовало выполнения стернотомии.

Заключение. При указаниях на дооперационном обследовании наличия метастазов в средостении больше 3см, а также признаки прорастания метастазов в окружающие структуры необходимо сразу планировать стернотомию. Применение видеоассистированной методики лимфодиссекции в передне-верхнем средостении при метастазах рака щитовидной железы, можно считать адекватной и радикальной. Данный вид хирургического вмешательства уменьшает операционную травму по сравнению со стернотомией, и обладает лучшим косметическим эффектом.

ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е., Крехно О.П.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: info@mnioi.ru

Цель. Улучшение результатов лечения больных высокодифференцированным начальным раком щитовидной железы с использованием современных хирургических технологий видеоассистированных хирургических вмешательств из малоинвазивного доступа.

Материалы и методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена выполнены видеоассистированные операции на щитовидной железе из малоинвазивного бокового доступа на шее с помощью эндоскопической техники, при дифференцированном раке щитовидной железы T1-T2N0M0 – 74 больным. Предварительно пациентам выполнялась мультифокальная тонкоигольная аспирационная биопсия ткани щитовидной железы под контролем ультразвука. При этом в правой и левой доле осуществляют биопсию трех участков ткани щитовидной железы, а в перешейке одного. Объем хирургического вмешательства: гемитиреоидэктомия с истмусэктомией, субтотальная резекция щитовидной железы.

Результаты. Длительность видеоассистированной операции на щитовидной железе составила в среднем 45 минут. Интраоперационных осложнений не было. Больные были выписаны на 2-3-и сутки после операции

Выводы. Боковой мини-доступ на шее позволяет выполнить видеоассистированную резекцию щитовидной железы T1-2N0M0 в адекватном объеме, с хорошим косметическим эффектом

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Решетов И.В., Егоров Г.Н.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: info@mnioi.ru

Медуллярный рак щитовидной железы (МРЩЖ) – относительно редкая, но нередко протекающая гораздо агрессивнее более распространенного папиллярного рака опухоль, к тому же нечувствительная к терапии радиоактивным йодом.

МРЩЖ редкая кальцитонин – секретирующая опухоль, образующаяся из парафолликулярных С клеток щитовидной железы. Поскольку С клетки являются нейроэктодермальными, то МРЩЖ часто имеет клинические и гистологические особенности нейроэндокринной опухоли. Медуллярный рак щитовидной железы встречается в среднем до 5% случаев среди раков щитовидной железы. Различают два основные формы – спорадическую и наследственную. Наследственные формы (семейные) часто до 20% случаев проявляются с другими эндокринными опухолями и носят название синдрома множественных эндокринных неоплазий (МЭН 2).

Стандартная схема лечения МРЩЖ включает в себя хирургическое удаление железы и диссекцию центральной группы шейных лимфатических узлов. Химиотерапия такими препаратами, как доксорубин, циклофосфамид, блеомицин и цисплатин мало результативна и ее эффективность по данным различных авторов колеблется от 15% до 25%. При очень высоком уровне кальцитонина и наличии карциноидного синдрома (в основном диареи) с симптоматической целью успешно применяется Сандостатин.

Возможно применение ¹³¹I-мета-йодбензилгуанидином (MIBG) при использовании ^{99m}Tc-карбомека для наблюдения за этими больными и оценки эффективности лечения.

Новым методом лечения МРЩЖ является применение препарата таргетно-го механизма действия Вандетиниба, дающего в монорежиме при 100 мг/сутки до 16% эффекта и 68% контроля роста опухоли и при 300 мг/сутки перорально до 20% эффекта и 73% контроля роста опухоли.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Филоненко Е.В., Голубцов А.К., Кирпа Е.А., Решетов И.В.

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

E-mail: info@mnioi.ru

Вступление. Доля рака щитовидной железы в структуре онкологической заболеваемости мужского населения стран СНГ достигла 0,5-1%, женского – 1-4,6%. Основной метод лечения рака щитовидной железы – хирургический. Особое место среди осложнений хирургического лечения рака щитовидной железы по тяжести проявления и сложности профилактики занимает послеоперационный гипопаратиреоз, который развивается при удалении или повреждении паращитовидных желёз во время хирургического вмешательства на щитовидной железе. Снижение уровня паратгормона в сыворотке крови при этом приводит к нарушению кальций-фосфорного обмена, проведения нервного импульса, сокращения мышц и свертывания крови, прочности и структуры скелетной системы. Поэтому повреждение паращитовидных желёз во время операции на щитовидной железе может привести к тяжелым проявлениям гипопаратиреоза.

Цель работы. Применяемые в настоящее время методы интраоперационной визуализации и сохранения паращитовидных желёз недостаточно эффективны. Цель данной работа – разработать методику профилактики паратиреоидной недостаточности у больных раком щитовидной железы, не требующую сложных инструментов, не дающую осложнений, легко повторяемую и дающую хорошие, стабильные результаты.

Материал и методы. Нами применен метод интраоперационного сохранения паращитовидных желёз у 73 больных. Описание метода: необходимые инструменты: а) Препарат Аласенс (гидрохлорид 5-аминолевулиновой кислоты) из расчёта 30мг/кг. б) Источники оптического излучения фирмы «Карл Шторц» – Германия, с длиной волны в диапазоне от 385 до 460 нм.

До выполнения оперативного вмешательства (как первичного, так и реоперации) у пациентов исследуется уровень паратгормона и кальция. Далее в день операции за 2,5-3 часа до интубации перорально принимается препарат аласенс (из расчёта 30мг/кг). Интраоперационно выполняется флуоресцентная навигация паращитовидных желёз. При обнаружении флуоресцирующих участков выполняется срочное цитологическое исследование (подтверждение того, что участок – ткань паращитовидной железы). Выполняется удаление препарата. При отсутствии онкологических противопоказаний выполняется выделение и транспозиция (при необходимости – аутотрансплантация) паращитовидных желёз.

Для оценки эффективности сохранения паращитовидных желёз выполняется контроль уровня паратгормона на 7, 27 и 57 сутки после операции и кальция на 1, 3,7 сутки после операции и далее каждые 10 дней.

Результаты и обсуждение. В результате применения описанного метода снижается вероятность развития паратиреоидной недостаточности, повышается точность визуализации и сохранения паращитовидных желёз, не требуется применение радиоизотопов, данная методика легко воспроизводима.

Заключение. При применении данной методики удалось сохранить функцию паращитовидных желёз после удаления/резекции щитовидной железы у значительного количества больных.

РЧА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Корицкий А.В., Решетов И.В., Маторин О.В., Голубцов А.К.

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

E-mail: info@mnioi.ru

Введение. при лечении местнораспространенного рака щитовидной железы в настоящее время используется хирургическая техника, однако в случаях нерезектабельного процесса возникает необходимость паллиативного воздействия на опухоль с циторедуктивной целью. В последнее время для лечения опухолей все чаще используется радиочастотная абляция.

Цель исследования. разработать методику паллиативной помощи при нерезектабельном местнораспространенном раке щитовидной железы с использованием возможностей РЧА.

Материалы и методы. в нашем институте проведено лечение 10 больных с местнораспространенным раке щитовидной железы, при этом у 8 больных процесс признан нерезектабельным и у 3-х имелись отдаленные метастазы, в т.ч. в мягкие ткани передней грудной стенки и кости. В качестве паллиативной помощи больным выполнено хирургическое вмешательство в объеме максимальной циторедукции с РЧА остаточной опухоли и доступных метастазов. РЧА проводилось с использованием отечественного аппарата Метатом-2 в температурных режимах от 80 до 100°C. В дальнейшем после заживления раны больные направлены для прохождения терапии радиоактивным йодом.

Результаты и выводы. сроки наблюдения составили от 3 до 12 месяцев. При этом у 8 больных отмечена стабилизация процесса в зоне операции, а у 2-х при плановой гистологии выявлено понижение дифференцировки до недифференцированного рака и у них выявлен продолженный рост в зоне операции. Таким образом, полученные результаты позволяют рассматривать радиочастотную абляцию в качестве метода выбора для расширения возможностей циторедуктивной хирургии при лечении нерезектабельного местнораспространенного рака щитовидной железы. Также стоит отметить, что для лечения с паллиативной целью отдаленных метастазов в мягкие ткани, РЧА является прямым методом выбора. Однако весь спектр возможности метода будет изучен при дальнейшем наборе материала.

КОРРЕКЦИЯ ВОЗМОЖНОГО ГИПОПАРИТЕОЗОСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ (ЩЖ)

Романчишен А.Ф., Зенкова А.В.

Кафедра госпитальной хирургии Санкт-Петербургской государственной Педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии, Санкт-Петербург, Россия

E-mail: afromanchishen@mail.ru

Введение. Одним из специфических осложнений после операций на ЩЖ является гипопаратиреоз, который встречается в 6-46% случаев временный (Witte J., 1996, Bentrem D.J., 2001) и постоянный в 0,4-8% (Falk S.A. et al., 1998; Richmond B.K. et al., 2007).

Цель исследования. Оценить частоту гипопаратиреоза и эффективность применения минерального комплекса у больных, оперированных по поводу болезней ЩЖ.

Материалы и методы. У 130 больных патологией ЩЖ изучен уровень общего кальция (ОК) и паратгормона (ПТГ) до операции (тиреоидэктомия или субтотальная резекция ЩЖ), в первые сутки и через 1, 6 месяцев после хирургических вмешательств. Больные получали препарат кальция в дозе 2 таблетки (1 таблетка содержала кальция цитрат и карбонат 500 мг, витамин D3 200 ME, магний, цинк, медь, марганец) в сутки на протяжении месяца после операции.

Результаты и обсуждение. Среднее значение уровня ОК до операции был $2,4 \pm 0,01$ ммоль/л, ПТГ – $4,1 \pm 0,09$ пмоль/л. После операции ОК уменьшился до $2,2 \pm 0,01$ ммоль/л ($p < 0,05$), ПТГ – до $3,1 \pm 0,11$ пмоль/л ($p < 0,05$). Уровень ОК снизился на 8,3%, ПТГ – на 24,4%. У 58 (64,4%) больных развилась гипокальциемия, у 14 (15,6%) – как гипокальциемия, так и гипопаратиремия, у 15 (16,8%) – наблюдались клинические проявления гипокальциемии в виде парестезий. Через месяц ОК достиг $2,3 \pm 0,01$ ммоль/л, ПТГ – $3,5 \pm 0,13$ пмоль/л. Через шесть месяцев показатели практически не изменились: КО – $2,3 \pm 0,01$ ммоль/л, ПТГ – $3,9 \pm 0,08$ пмоль/л. У 1 (0,8%) больного развился постоянный гипопаратиреоз.

Заключение. Больные, перенёвшие тиреоидэктомию или субтотальную резекцию ЩЖ в послеоперационном периоде, нуждались в профилактическом назначении препаратов кальция для коррекции возможных гипокальциемии и гипопаратиреоза.

КОСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА (ПГПТ), СИМУЛИРУЮЩИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

Романчишен А.Ф., Гостимский А.В., Матвеева З.С.

Кафедра госпитальной хирургии Санкт-Петербургской государственной Педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии, Санкт-Петербург, Россия

E-mail: afromanchishen@mail.ru

Введение. Одним из основных и наиболее тяжелых проявлений ПГПТ является генерализованный кистозно-фиброзный остеоит, при которой в костях образуются очаги резорбции в виде кист, «бурых опухолей». Они иногда клинически и рентгенологически напоминают злокачественные опухоли костной ткани. Ситуацию в диагностике осложняют результаты биопсии – микроскопическая картина напоминает остеобластокластома. Такие изменения в сочетании с недостатком обследования больных (не определяется уровень кальция и паратгормона) приводят к ненужным хирургическим вмешательствам.

Материалы и методы. В период с 1973 по 2009 г. оперированы 24700 пациентов заболеваниями щитовидной, вилочковой, поджелудочной желез, надпочечников и 196 (0,8%) пациентов новообразованиями околощитовидных (ОЩЖ). Представлены 4 клинических наблюдения (3 женщины, 1 мужчина) тяжелого ПГПТ, вызванного аденомами ОЩЖ больших размеров. Истощение, анемизация больных, недостаточный опыт докторов стали причиной того, что изменения в костях трактовались как первичные злокачественные опухоли. Они перенесли 11 операций.

Результаты и обсуждение. Первое наблюдение датировано 1984г. Пациентке В., 30 лет была выполнена межподвздошно-брюшная ампутация правой нижней конечности по поводу остеобластокластомы правого бедра. Причиной деструкции костной ткани были две аденомы ОЩЖ, массой 8 и 14 г, удаленные позже в нашей клинике.

Следующим 3 больным (женщины 65 и 68 лет и мужчина 45 лет) в разных клиниках были выполнены резекции нижних челюстей в связи с подозрением на остеобластокластома. У одной из этих больных за 11 лет до операции на челюсти была резецирована III пястная кость по поводу кисты. Ещё у одного больного прогрессирующие изменения скелета (голена, ребер) были расценены как метастазы остеобластокластомы. Проводилась симптоматическая терапия. Рост 2 пациенток за это время уменьшился на 9 и 16см. После исследования кальция, фосфора крови, паратгормона (ПГ), скитиграфии технетрилом был диагностирован ПГПТ. Уровень общего кальция крови варьировал от 2,8 до 3,6 ммоль/л, уровень ПГ превышал нормальные значения в 10 раз и более, щелочной фосфатазы – в 4 раза. Через 7, 12 и 16 лет (2007-2009 гг.) после начала манифестации заболевания эти пациенты были оперированы. У 2 больных удалены светлоклеточные аденомы ОЩЖ массой 8 и 28 г. Еще у одной пациентки обнаружены и удалены 2 паратиреоидные аденомы массой 4 и 2 г. В послеоперационном периоде отмечена постепенная нормализация уровня кальция, ПГ, положительная динамика в структуре костей.

Выводы. Несвоевременная диагностика ПГПТ может приводить к тяжелым изменениям в костной ткани, которые, при недостатке опыта и обследования, могут быть расценены как первичные злокачественные опухоли и даже предприняты ненужные операции. После удаления основной причины заболевания – аденом ОЩЖ, отмечался регресс костных изменений. Скрининг населения на уровень кальция крови способствует ранней диагностике и адекватному лечению больных ПГПТ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЭТАПНОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ (МЭН)

Романчишен А.Ф., Кузьмичёв А.С., Матвеева З.С., Бахар С.М.

Кафедра госпитальной хирургии Санкт-Петербургской государственной Педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии, Санкт-Петербург, Россия

E-mail: afromanchishen@mail.ru

Введение. МЭН объединяет группу синдромов, вызванных опухолями или гиперплазией нескольких эндокринных желёз. Большинство опухолей

имеют нейроэктодермальное происхождение, обусловлены генетическими дефектами, наследуются аутосомно-доминантно, часто бывают злокачественными, проявляются множественными эндокринными и метаболическими нарушениями.

Материалы и методы. Наш опыт лечения больных МЭН составляет 9 наблюдений (21 операция на органах эндокринной системы) или 0,04% от 24934 оперированных больных в Центре (1973-2009 гг.). Структура патологии: МЭН I – 2 пациентов, МЭН 2А – 6, МЭН 2В – 1. С другой стороны - 6 случаев МЭН 2А соответствуют 2,6% от 226 больных медуллярным раком щитовидной железы (МРЩЖ).

Результаты. 1. МЭН I: 29-летняя женщина с инсультом поджелудочной железы, узловым зобом (УЗ), пролактиномой и опухолью околощитовидной железы (ОЩЖ). Выполнено: трансфеноидальная аденомэктомия, гемитиреоидэктомия (ГТЭ), субтотальная резекция поджелудочной железы, удаление паратиреоидных (ПТА). Выздоровление.

2. МЭН 1: 59-летняя женщина с аденомой гипофиза, УЗ, аденомой ОЩЖ, сахарным диабетом 2 типа. Лечение: консервативная терапия аденомы гипофиза и сахарного диабета, субтотальная резекция ЩЖ, удаление ПТА. Выздоровление.

3. МЭН 2А: 40-летняя женщина с двусторонней феохромоцитомой, МРЩЖ, ПТА. Выполнено: двусторонняя адреналэктомия, тиреоидэктомия (ТЭ), центральная и боковая лимфаденэктомия (ЛАЭ), удаление ПТА. Выздоровление.

4. МЭН 2А: 43-летняя женщина с МРЩЖ, аденомой левой нижней ОЩЖ. Выполнено: ТЭ, центральная ЛАЭ. Выздоровление.

5. МЭН 2А: 23-летний мужчина с врожденным правосторонним гидро-нефрозом, МРЩЖ, правосторонней феохромоцитомой. Выполнено: правосторонняя нефрэктомия, ТЭ, центральная и боковая лимфаденэктомия (ЛАЭ), правосторонняя адреналэктомия. Выздоровление.

6. МЭН 2А: 25-летний мужчина (брат №5) с МРЩЖ, левосторонней и правосторонней феохромоцитомой. Выполнено: ТЭ, центральная и боковая ЛАЭ, левосторонняя и правосторонняя адреналэктомии (в разные годы). Выздоровление.

7. МЭН 2А: 54-летний мужчина (отец №5 и №6) с МРЩЖ, феохромоцитомой (массой 1 кг). Выполнена тиреоидэктомия. От удаления опухоли надпочечника отказался. Умер от разрыва феохромоцитомы.

8. МЭН 2А: 5-летний мальчик (сын №6) с мутацией T1900C (C634R) в 11 экзоне гена RET. Выполнена: профилактическая/лечебная ТЭ, выявлен МРЩЖ T1NOMO левой доли ЩЖ.

9. МЭН 2В: 47-летний мужчина с МРЩЖ, характерной морфаноподобной внешностью и невриномами слизистых. Выполнено: ТЭ, центральная и боковая ЛАЭ. Выздоровление.

Заключение. Всех больных МРЩЖ и их кровных родственников необходимо пожизненно наблюдать и обследовать (в том числе, генетически) для исключения МЭН и семейных форм медуллярной карциномы.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ И СОСЕДНИХ СТРАНАХ ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Романчишен А.Ф., Гостимский А.В., Богатиков А.А.

Кафедра госпитальной хирургии Санкт-Петербургской государственной Педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии, Санкт-Петербург, Россия

E-mail: afromanchishen@mail.ru

Введение. Эпидемиология РЩЖ на постсоветском пространстве претерпела удручающие изменения после аварии на Чернобыльской АЭС. Устоявшиеся стандарты диагностики и лечения РЩЖ у юных пациентов оказались несостоятельными и требуют дальнейшего совершенствования. Только объединённые усилия коллег способны решить проблему.

Материалы и методы. Мы, совместно с коллегами профессоров В.А. Привалова, И.С. Агеева, И.В. Комисаренко, Ю.П. Демидчика сравнили опыт лечения 1964 пациента РЩЖ детского и подросткового возраста в различных клиниках России, Белоруссии и Украины до и после Чернобыльской катастрофы.

Результаты. Заболеваемость РЩЖ у детей до 14 лет в Беларуси выросла

с 0,3 случая на миллион детского населения (МДН) в год в 1981–1985 гг. до 30,6 в 1991–1994 гг. (в 100 раз). В Гомельской области она увеличилась в 200 раз. Наибольшая заболеваемость была выявлена у детей в возрасте до 4 лет на момент аварии (1982–1986 года рождения). На Украине направление динамики количества заболевших РЩЖ аналогичное – с 0,4 до 4 случаев на МДН (в 10 раз), а в 5 северных областях, наиболее загрязненных радиоактивным йодом, в 1992–1994 гг. заболеваемость достигала 11,5 на МДН (в 28 раз). Этот показатель заболеваемости в Санкт-Петербурге в период до 1985 г. составлял 0,2, но в 1994 – 1995 гг. он вырос до 0,7 – для мальчиков и 1,0 – для девочек. То есть, почти достиг того же уровня, что и в радиоизагрязненных регионах Украины. В 2000-х этот показатель постепенно уменьшился до исходного уровня. Однако начала расти заболеваемость РЩЖ подростков, а в дальнейшем – молодых людей в возрасте до 35 лет.

Сравнительное изучение 1942 наблюдений РЩЖ показало, что РЩЖ у детей и подростков протекал очень агрессивно, особенно радиоиндуцированный и “спорадический” (в 62,2% регионарные метастазы, в 18,2% экстратиреоидное распространение, в 19,9% многофокусный рост, в 19,9%, 12,2% до- и послеоперационные отдаленные метастазы, в 1,3% смерть от прогрессирования опухоли). Это диктовало необходимость применения тиреоидэктомии с лимфаденэктомией с целью предупреждения рецидивов опухоли и контроля уровня тиреоглобулина крови в послеоперационном периоде и обоснованной терапии радиоiodом. Показатели 10 и 20 летней выживаемости превысили 95%.

Заключение. Заболеваемость РЩЖ у детей (0-14 лет) достигла максимума в 1993-1995, подросток – (15-19 лет) в 2001-2002, у молодых людей (20-35 лет) – она продолжает расти. Этот феномен может быть объяснен естественным увеличением возраста людей, подвергшихся воздействию радиации. Кривые динамики заболеваемости населения Санкт-Петербурга изменяется аналогично таковым в Беларуси и Украине по форме и времени, но на более низком уровне в силу меньшего радиационного загрязнения нашего региона. РЩЖ у детей и подростков отличается более агрессивным течением. Сказанное особенно относится к спорадическим и радиоиндуцированным опухолям. Частота рецидивов эндемического и спорадического РЩЖ после органосохраняющих операций была значительно меньшей, чем при радиоиндуцированном РЩЖ. Это можно объяснить большей агрессивностью карцином и недостаточным опытом хирургов, оперировавших тех больных (много больных – много оперирующих хирургов). Адекватное хирургическое лечение, при необходимости дополненное радиоiodотерапией, обеспечило выздоровление более 95% пациентов.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РЩЖ): ВЫБОР ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Романчишен А.Ф., Липская Е.В., Романчишен Ф.А.

Кафедра госпитальной хирургии Санкт-Петербургской государственной Педиатрической медицинской академии
Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии,
Санкт-Петербург, Россия

E-mail: afromanchishen@mail.ru

Вступление. Представления о рациональности объема операций на щитовидной железе (ЩЖ), регионарных лимфоузлах, обоснованности применения радиоiodа у больных РЩЖ периодически меняются. Их рациональность нуждается в изучении.

Материалы и методы. В клиниках кафедры в период с 1973 по 2010 гг. оперированы 25655 человек с различной тиреоидной патологией, в том числе РЩЖ – 3496 (13,6%). Начиная с 1989г., тиреоидэктомии при РЩЖ выполнялась в 2,6 раза чаще (65,1% против 25%). После 1998 г. всем больным выполнялась центральная лимфаденэктомия (ЦЛАЭ) под визуальным контролем возвратных нервов (ВН) и околощитовидных желёз (ОЩЖ) для контроля скрытой диссеминации и рецидивирования с помощью тиреоглобулина и возможной радиоiodтерапии. У 1659 (47,4%) больных предпринята центральная и 657 (18,8%) – боковая ЛАЭ. Начиная с 80-х годов, операция на ЩЖ дополнялись биопсией 3-6 групп лимфоузлов, хромотиреолимфографией, использовались косметические доступы.

Результаты. У 256 (15,4%) из 1659 ЦЛАЭ предпринималась как лечебная и в 1403 – как профилактическая. Но в 306 (21,8%) из 1403 наблю-

дений гистологически были обнаружены метастазы и количество лечебных ЦЛАЭ увеличилось до 562 (33,9%). После 2-ого этапа, в виде БЛАЭ, дополнительно выявлялись фокусы рака в лимфоузлах 2-5 групп в 60-80%. С 1998 по 2007 г. тиреоидэктомия (ТЭ) одномоментно с ЦЛАЭ выполнена 962 (67,7%) раза. Метастазы обнаружены в 404 (42,0%) наблюдениях. При 2 этапе, предпринятом в 14,9%, отпала необходимость работать в зоне ВН. Регулярная ЦЛАЭ снизила повреждения ВН и ОЩЖ в сумме с 4,1 до 1,3%. Количество ЦЛАЭ в последние 10 лет доведено до 89,3%. ТЭ с ЦЛАЭ после 1998г. снизила число парезов гортани с 1,6% до 0,26%. Уровень гипопаратиреоза сохранялся на прежнем уровне (0,5%), также как и количество послеоперационных кровотечениях (0,4-0,5%). После 1998г. количество рецидивов и регионарных метастазов РЩЖ уменьшилось с 0,5% до 0,27%, что значительно меньше, чем при операциях по поводу РЩЖ, не сопровождавшихся ЦЛАЭ (1,4%).

Выводы. Профилактическая и лечебная ЦЛАЭ под визуальным контролем ВН и ОЩЖ уменьшила необходимость в повторных операциях по поводу метастазов дифференцированного РЩЖ в 6 группу лимфоузлов шеи, снизила количество повреждений ВН и ОЩЖ. Расширение объема операций на ЩЖ и регионарных лимфоузлах повысило радикализм и безопасность хирургического лечения этих больных.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВНОГО РАКА ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Самсонова О.А., Вихлянов И.В., Артамонова А.В., Зоркина Ю.Н., Гликенфрейд Г.М., Матвиенко К.Н., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,

ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», Барнаул

E-mail: aoc@ab.ru

Опухолевые заболевания околощитовидных желез чаще всего представляют собой аденомы, карциномы встречаются лишь в 2% от всех опухолей. Наибольшее количество клинического материала сосредоточено за пределами РФ. В стандарт лечения входит резекция опухоли en bloc с последующим проведением гистологического исследования, т.к. интраоперационная биопсия способствует диссеминации опухолевых клеток в операционном поле с последующим рецидивом заболевания.

Клинический случай: пациентка К., 54 лет,

Из анамнеза: в 2006 году в Алтайской краевой клинической больнице по поводу предполагаемого узлового зоба выполнена резекция правой доли щитовидной железы. Г.Д. №23125 – рак паратиреоидной железы (узел 4 см) с инвазией в капсулу паратиреоидной железы и ткань щитовидной железы.

14.09.10 г. поступила в клинику АФ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с жалобами на дискомфорт, боли в костях и суставах, мышечную слабость, эмоциональную лабильность, нарушения сна.

Данные обследования:

- кальций крови – 2,7 (N 2,02-2,6 ммоль/л), фосфор – 0,76 (N 0,81-1,62 ммоль/л);

- паратиреоидный гормон – 2500 pg/ml (N 8,80-766,0);

- R-графия органов грудной клетки, черепа патологических изменений не выявила;

- УЗИ: правая доля и перешеек щитовидной железы не определяются.

В средней трети левой доли щитовидной железы – образование 4x5 мм, в мягких тканях передней поверхности шеи – образования пониженной эхогенности, неоднородной структуры, от 6 до 16 мм в диаметре с умеренным кровотоком. Увеличенные лимфоузлы паратиреоидной клетчатки с обеих сторон до 7 мм в диаметре. Ц.д. – tumor maligna.

После коррекции гиперкальцемии 21.09.10г – хирургическое лечение. При интраоперационной ревизии – множественные имплантационные метастазы в мягкие ткани шеи по ходу послеоперационного рубца, в грудино-подъязычные и грудино-щитовидные мышцы, ложе правой доли и ткань левой доли щитовидной железы, метастазы в лимфоузлы паратрахеальной клетчатки слева.

Проведена комбинированная тиреоидэктомия с включением резекции предтиреоидных мышц с обеих сторон, мягких тканей шеи, иссечением паратрахеальной клетчатки с обеих сторон. Г.д. №8542 – рак паратиреоидной железы в мягких тканях шеи, мышцах шеи, ткани щитовидной железы, в лимфоузлах паратрахеальной клетчатки.

Таким образом, отсутствие стандартов обследования и неадекватное хи-

рургическое лечение рака околощитовидных желез в условиях неспециализированных клиник ведет к высокому риску возникновения рецидива опухоли и имплантационных метастазов, что ведет к дополнительным техническим трудностям во время выполнения повторного хирургического лечения и значительно ухудшает прогноз заболевания.

ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Сергеев С.А., Сергеев С.С.

Московская городская больница № 62, Москва, Россия

E-mail: sergeevsss@yandex.ru

В Москве ежегодно выявляется более 600 первичных больных раком щитовидной железы. Особенностью является высокий процент заболеваемости у молодых. Так в возрасте до 30 лет данная локализация входит в первую пятерку злокачественных опухолей (Чиссов В.И. с соавт., 2011). С учетом благоприятного прогноза по данным 30 летних наблюдений у данной категории больных (Джэтин Ша, 2010), вызывают сомнения рекомендации обязательного удаления всей щитовидной железы с последующим введением радиоактивного йода. Целью работы является оценка возможностей современной диагностики в выборе правильного объема оперативного вмешательства на первичном очаге.

С 2006 года было произведено 1178 операций по поводу предполагаемого злокачественного поражения щитовидной железы. При гистологическом исследовании наличие рака щитовидной железы подтверждено у 813 и 3 выявлены редкие злокачественные опухоли органа. Операции на первичном очаге при раке были произведены у 676 больных: тиреоидэктомия – у 453 и различные варианты резекций органа – у 223. При этом полное удаление щитовидной железы у 39 больных было обусловлено рецидивом заболевания, у 180 наличием метастазов и у 148 распространенностью первичной опухоли. В остальных случаях имело место сочетание злокачественного процесса с доброкачественными изменениями других отделов органа. Показания к выполнению тиреоидэктомии в первую очередь основывались на данных комплексного клинического обследования, включающего ультразвуковое исследование с цитологической верификацией обнаруженных изменений. Эхографические показания к удалению всей щитовидной железы имелись у 410 пациентов и цитологическая верификация у 397. Окончательное решение об объеме вмешательства на щитовидной железе основывалось на данных дооперационного обследования и интраоперационной диагностики при необходимости включавшей срочное гистологическое исследование. При плановом гистологическом исследовании после органосохраняющих операций у 62 из 223 (27,8%) больных отмечено наличие местнораспространенного процесса: выход опухоли за капсулу пораженной доли или паратрахеальных метастазов. Несмотря на строгое динамическое наблюдение с регулярным ультразвуковым и рентгенологическим контролем, в настоящее время только у 2 из них возникла необходимость в повторной операции в связи с обнаружением регионарных метастазов. Суммируя полученные результаты, правильный выбор объема вмешательства на щитовидной железе на основании современных методов обследования сделан у 614 из 676 (90,8%) больных раком щитовидной железы. Органосохраняющие операции

могут быть выполнены у больных с начальными стадиями высококодифференцированного рака. При этом даже обнаружение более распространенной опухоли во время планового гистологического исследования не влияет на прогноз. При повторных операциях с удалением оставшейся части щитовидной железы были выявлены только регионарные метастазы без признаков рецидива первичной опухоли.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МАССИВНЫМ РЕГИОНАРНОМ МЕТАСТАЗИРОВАНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Хвостовой В.В., Сычев М.Д., Романищев В.Е.,
Киселев И.Л., Минаков А.А.*

Кафедра онкологии государственного медицинского университета, Областной онкологический диспансер, Курск, Россия

E-Mail: XW555@rambler.ru

Введение. Метастазирование рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи с двух сторон и/или в лимфоузлы средостения требует выполнения расширенных операций, а при сочетании со степенью распространения первичной опухоли Т4 расширенно-комбинированных.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 74 больных с массивным регионарным метастазированием при Т1-Т4 и М0-М1. Папиллярный рак имел место у 63 больных (85,14%), медуллярный у 8 (10,81%) и фолликулярный у 3 больных (4,05%). Суммарное количество пораженных лимфоузлов – от 5 до 65. Принципиальным подходом в лечении этих больных была одномоментная операция с последующей радиойодтерапией и супрессивной гормональной терапией при папиллярном и фолликулярном раке и с терапией сандостатином при медуллярном раке.

Результаты. Изолированное метастазирование в контрлатеральные лимфоузлы шеи было у 4 пациентов. Им выполнена тиреоидэктомия с центральной шейной диссекцией и селективной шейной диссекцией со стороны поражения (2,3,4,5,6 группы лимфоузлов). Метастазирование в лимфатические узлы шеи с двух сторон диагностировано у 15 пациентов. Им одномоментно выполнялась тиреоидэктомия с центральной шейной диссекцией и селективная шейная диссекцией с двух сторон. У 10 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 + селективная шейная диссекция справа. У 17 пациентов были диагностированы метастазы в лимфоузлы шеи со стороны поражения и метастазы в лимфатические узлы средостения, причем у 3 из них имел место медуллярный рак. Им выполнена тиреоидэктомия с селективной шейной диссекцией со стороны поражения + удаление метастазов из средостения из шейного разреза (13) 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 дифференцированным раком щитовидной железы с массивным регионарным метастазированием, одномоментные операции не ухудшают непосредственных и отдаленных результатов.

НОВЫЕ РАЗРАБОТКИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

ИЗМЕНЕНИЕ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Артамонова А.В., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», Барнаул, Россия

E-mail: aoc@ab.ru

По современным представлениям хронический верхнечелюстной синусит (ХВС) относится к наиболее распространенным фоновым предопухолевым процессам.

ХВС является осложненной формой инфекционного воспалительного заболевания, ведущим фактором в развитии которого является недостаточность эффекторной функции иммунокомпетентных клеток (ИКК).

Иммунологическое обследование проведено у 117 больных хроническим гайморитом с применением комплекса методов первичного иммунологического обследования. Среди них – 1 группу больных одонтогенным гайморитом (ОГ) составили 87 человек, 2 группу – 30 пациентов с полипозным синуситом.

При обследовании больных выявлены различные изменения иммунологических показателей, которые отражали реагирование ИКК на бактериальную инфекцию: активация фагоцитоза; повышение уровня IgG и IgM; повышение содержания в системной циркуляции малодифференцированных Т-клеток. Обострение заболевания сопровождалось умеренным повышением спонтанной биоцидности нейтрофильных фагоцитов. Одновременно, отмечалось избыточное накопление в системной циркуляции Т-клеток с фенотипом супрессоров/киллеров при неизменном иммунорегуляторном индексе (ИРИ). Кроме того, обращает внимание достоверное снижение функциональных резервов (ФР) биоцидности нейтрофильных фагоцитов.

Выявленные изменения показателей иммунограммы у больных хроническим гайморитом, свидетельствуют о снижении ФР ИКК на антигенную стимуляцию, наблюдаемую при обострении воспалительного процесса, что является одним из характерных признаков вторичного иммунодефицита.

Косвенным признаком недостаточности ИКК являлась лейкопения, диагностируемая у 6% больных, относительная (14%) и абсолютная (11%) лимфопения.

Недостаточность функции нейтрофильных лейкоцитов выявлена у 64%, из них 2 степени – у 50% и 3 степени – у 2% больных хроническим синуситом. Относительная Т-лимфопения наблюдалась у 26% и абсолютная – у 11% больных; снижение ИРИ < 0.7 – у 26% обследованных. Эти данные позволяют говорить о выраженных дефектах в системе иммунного гомеостаза, которые не позволяют ИКК своевременно и в полном объеме элиминировать бактериальные антигены, поступающие в организм.

Наиболее значимые изменения показателей иммунограмм в группе больных с полипозной формой синусита, являются следующие: достоверное снижение лимфоцитов с фенотипом Т-хелперов/индукторов; повышенное относительного и абсолютного содержания лимфоцитов с фенотипом Т-супрессоров/киллеров ($p < 0.001$) и резкая, более чем в 2 раза, инверсия ИРИ ($p < 0.001$). Все остальные показатели иммунограммы в обеих группах больных практически не отличались.

При анализе типов нарушений в ИС у больных одонтогенным и полипозным гайморитом, также было выявлено достоверное увеличение количества больных ОГ с нарушением функции фагоцитов 1-2 степени ($p < 0.05$); гиперпродукцией IgG и IgM ($p < 0.05$). У пациентов с полипозным гайморитом в иммунограммах не выявлено ИРИ > 1.5 , но, в то же время, инверсия ИРИ отмечалась у 67% больных.

Таким образом, данные проведенного обследования позволяют говорить о различиях в иммунопатогенезе хронического одонтогенного и полипозного синусита и служит основанием в выборе конкретного иммунотропного лекарственного средства, используемого для восстановления нарушенной функции ИКК.

ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ ПАЗУХ

Артамонова А.В., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», Барнаул, Россия

E-mail: aoc@ab.ru

Большое значение в активации, пролиферации и дифференцировке иммунокомпетентных клеток (ИКК) принадлежит цитокинам, биологически активным веществам, которые продуцируются активированными клетками. Оценка уровня фактора некроза опухоли – альфа (ФНО- α) и интерлейкина – 4 (ИЛ-4) у больных хроническим синуситом, с учетом изменений со стороны других показателей иммунограммы, может позволить более четко представить механизмы активации и недостаточного функционирования ИКК у обследованных больных и разработать тактику восстановления их нарушенных функций.

Определение уровня ФНО- α и ИЛ-4 в сыворотке крови больных хроническим верхнечелюстным синуситом (ХВС), проводилось электрохемилюминесцентным методом в Институте Клинической Иммунологии г. Новосибирска. Группа обследованных больных составила 20 человек.

При обследовании здоровых лиц среднее содержание ФНО-а составило 30.2207 ± 4.88 pg/ml, ИЛ-4 – 32.8009 ± 10.45 pg/ml.

Исходя из полученных данных, все больные ХВС были разделены на 3 группы:

- с гиперпродукцией ФНО-а, ИЛ-4 (4 больных);
- с гиперпродукцией ИЛ-4 (10 больных);
- уровень продукции ФНО-а, ИЛ-4 снижен или нормальный (6 человек).

Проведенный анализ состояния иммунной системы (ИС) и клинической картины заболевания позволил выявить характерные особенности для каждой из обследуемых групп. Для больных 1 группы характерным признаком является активация фагоцитоза нейтрофильных лейкоцитов, иногда трансформирующаяся в недостаточность функции фагоцитов 1 степени, гиперпродукция IgM. У всех пациентов отмечалось выраженное воспаление не только верхнечелюстных, но и других околоносовых пазух – лобной, клеток решетчатого лабиринта с формированием у 2 больных субпериостального абсцесса щечной и лобной области.

У второй группы больных, с высоким содержанием ИЛ-4, чаще отмечалась гиперпродукция иммуноглобулинов одного из классов (G или M) и умеренная активация фагоцитоза. Характерной клинической особенностью этой группы больных является слабовыраженное воспалительных проявлений. Можно предположить, что высокое содержание ИЛ-4, не сопровождается гиперреактивностью организма на воспаление.

Наибольший интерес представляет 3 группа больных ХВС с нормальной или сниженной продукцией ИЛ-4, ФНО-а. По клинико-лабораторным критериям пациенты разделены на 2 подгруппы: с поликлональной активацией В-клеток и гиперпродукцией IgM.

Таким образом, на основании полученных результатов, можно полагать о достаточно высокой информативности определения уровня цитокинов у больных ХВС. Высокий уровень ИЛ-4, ФНО-а позволяет говорить о вовлечении в воспалительный процесс не только верхнечелюстных пазух, но и других околоносовых пазух. Гиперпродукция ИЛ-4 характеризуется отсутствием выраженных клинических проявлений заболевания. Длительное течение ХВС с нормальным или сниженным уровнем ИЛ-4, ФНО-а, включает поликлональную активацию В-клеток или их активацию, которая осуществляется по тимуснезависимому пути с гиперпродукцией IgM.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВОЙСТВ СОСТАВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАДИОИНДУЦИРОВАННОЙ КСЕРОСТОМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Бузова Е.В., Ронь Г.И.,
Белоконова Н.А., Ларионов Л.П.*

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург, РФ

E-mail: funtiger@yandex.ru

На этапе стоматологической реабилитации пациентов с опухолями ЧЛЮ необходимы препараты, увлажняющие полость рта и восстанавливающие биологические свойства слюны. Поэтому разработка эффективных и доступных по цене отечественных препаратов для лечения радиоиндуцированной ксеростомии является актуальной задачей.

Цель работы. оценка физико-химических свойств, острой токсичности и местного раздражающего действия разработанного состава для лечения ксеростомии.

Материал исследования. ополаскиватель, содержащий в составе этилцеллюлозу, гидрофосфат кальция, гидрофосфат калия, производное янтарной кислоты, изготавливаемый из порошка (смеси солей). ПАВ свойства определяли методом стагмометрии; pH раствора оценивали на pH-метре «Анион 4100» и индикаторными полосками Merck (pH 5,2-6,8) ежедневно. Острую токсичность раствора проводили на белых мышах (массой 17-21г). Изучаемый раствор вводили через зонд в желудок и через иглу внутривенно в объемах 0,5 и 1 мл. Оценка местного раздражающего и сенсibiliзирующего действия раствора проведено на кроликах породы Шиншилла. Контроль состояния животных проводили в течение 14 суток.

Результаты. В течение 15-ти дневного наблюдения летальных исходов животных не появилось, то есть LD50 определить не удалось. Состояние опытных животных не отличалось от такового у интактных. Физико-химические свойства ополаскивателя стабильны в течение 30 дней: раствор сохраняет прозрачность; pH составляет 6,3; поверхностное натяжение $46,5$ Эр/см². Выводы. Ополаскиватель безвреден для опытных животных, стабилен по свойствам, рекомендуется к клинической апробации.

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ «ЦИСПЛАЦЕЛ» – ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Бычковский П.М., Юркштович Т.Л., Беляев С.А., Капуцкий Ф.Н.,
Адамчик Д.А., Жаврид Э.А., Ваккер А.В., Шанько Ю.Г.,
Танин А.Л., Смянович А.Ф., Короткевич Е.А.*

Учреждение БГУ «НИИ физико-химических проблем»,
ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»,
ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» МЗ РБ, Минск, Беларусь

E-mail: bychkovsky@tut.by

Одним из перспективных методов лечения злокачественных новообразований в области головы и шеи является локальная химиотерапия с использованием цитостатических препаратов, иммобилизованных на биодеградируемых носителях.

Разработан способ получения лекарственного препарата «Цисплацел» (Патент РБ №6420). В условиях *in vitro* и *in vivo* показано, что «Цисплацел» не обладает выраженным нейротоксическим действием на интактную ткань головного мозга, как в месте имплантации, так и на отдалении, и полностью сохраняет цитостатическое действие нативного цисплатина.

Клинические испытания. В результате местного применения «Цисплацела» после не радикальных удалений первичных и рецидивных опухолей различной локализации на голове и шеи (65 пациентов) полностью здоровы 51% пациентов, количество рецидивов сокращается в среднем на 25-40% по сравнению с традиционным лечением. В комбинированном лечении испытания «Цисплацела» проводились на 95 пациентах с низкодифференцированными глиомами головного мозга (Grade III-IV). Наблюдалось достоверное увеличение продолжительности безрецидивного периода с $31,9 \pm 2,8$ недель до $50,8 \pm 3,2$ недель ($p < 0,05$) и продолжительности жизни больных более чем в 2 раза с $211 \pm 21,4$ до $427,5 \pm 28,4$ дня. Что свидетельствует о большей эффективности «Цисплацела», по сравнению с нативным цисплатином.

Внедрение. Лекарственный препарат «Цисплацел», зарегистрирован на территории Республики Беларусь и производится на УП «Унитехпром БГУ».

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАНОЧАСТИЦ МЕТАЛЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Златник Е.Ю., Светицкий П.В., Аржановская С.В.,
Закора Г.И., Светицкий А.П.*

ФГУ «РНИОИ Минздравсоцразвития», Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: rniioi@list.ru

Введение. У наночастиц некоторых металлов описано противоопухолевое действие, которое может быть реализовано самостоятельно или при электромагнитном сверхвысокочастотном излучении, обеспечивающем гипертемию (41-42°C) в зоне интереса (СВЧ-ГТ).

Цель работы. Изучить возможность индукции цитотоксического действия наночастиц металлов (Fe, Zn, Ag) на клетки первичных и метастатических опухолей головы и шеи.

Материалы и методы. Наночастицы (НЧ) металлов размером 40-100 нм (НЧ Fe и Zn) и 100-300 нм (НЧAg) находились в коллоидном состоянии. СВЧ-ГТ выполняли на установке Яхта-3, частота 915 МГц в течение 10 мин. Для исследования брали фрагменты опухолей больных первичным плоскоклеточным раком полости рта, метастатическим раком гортани и из метастаза меланомы в шейный лимфатический узел. После выделения клеток путем гомогенизации ткани, обработки трипсином и раствором Версена на магнитной мешалке, центрифугирования, их инкубировали с НЧ металлов в условиях СВЧ-ГТ и без нее, затем подсчитывали количество погибших клеток при окрашивании трипановым синим; кроме того их состояние оценивали в цитологическом препарате, окрашенном по Романовскому-Гимзе. Результаты и обсуждение. При инкубации с НЧAg происходит повышение количества погибших клеток первичной опухоли в 1,67 раза, действие одной СВЧ-ГТ вызывает его увеличение в 1,75 раза, а при сочетании воздействия СВЧ-ГТ + НЧAg наблюдается тотальная гибель опухолевых клеток с рексисом и лизисом ядер. Эффект НЧAg на клетки метастатических опухолей оказался менее выраженным, в этом случае сочетание НЧAg с СВЧ-ГТ не дает преимуществ перед моновоздействием с помощью последней, гибель клеток

НОВЫЕ РАЗРАБОТКИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

составляет 38-50%. Влияние HЧ Zn и HЧ Fe на клетки метастатической опухоли в условиях СВЧ-ГТ было более значительным, чем HЧAg; достигнута гибель 70-75% из них. Заключение. HЧ металлов (Fe, Zn, Ag) в условиях СВЧ-ГТ in vitro вызывают более высокий цитотоксический эффект на клетки злокачественных опухолей головы и шеи по сравнению с действием каждого из этих факторов по отдельности.

УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИХ ТКАНЕВЫХ ИНГИБИТОРОВ У БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМИ КАРЦИНОМАМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Какурина Г.В., Малахова Е.В., Кондакова И.В., Черемисина О.В.

Учреждение РАМН НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия.

E-mail: kakurinagv@oncology.tomsk.ru

Введение. К числу возможных маркеров прогрессирования опухолевого процесса плоскоклеточных карцином головы и шеи (ПКГШ) относятся матриксные металлопротеиназы (ММП) и их тканевые ингибиторы (ТИМП), которые участвуют в процессах метастазирования и рецидивирования.

Цель. Изучить взаимосвязь экспрессии генов матриксных металлопротеаз и их тканевых ингибиторов с клинико-морфологическими параметрами заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 45 больных ПКГШ (T1-3N0-3M0) до лечения (средний возраст $55,2 \pm 1,4$ г.). Материалом для исследования служила опухолевая ткань, взятая путем биопсии. Уровень экспрессии генов ММП-1, ММП-2, ММП-9, ММП-14 и ТИМП-1, ТИМП-2 исследовали методом ПЦР в режиме реального времени. Статистический анализ проводили с использованием программы STATISTICA 6.0.

Результаты. Анализ взаимосвязи экспрессии генов ММП и ТИМП с клинико-морфологическими параметрами заболевания у больных ПКГШ показал снижение экспрессии ММП-9 на 32% ($p=0,04$) и экспрессии ТИМП-2 на 41% ($p=0,05$) при увеличении размеров опухоли с T1 до T2, и увеличение экспрессии ТИМП-2 на 39% ($p=0,03$) при увеличении размеров опухоли с T2 до T3. Также было отмечено изменение экспрессии исследуемых генов при наличии метастатического поражения шейных лимфоузлов по сравнению с опухолями без лимфогенных метастазов.

Выводы. Выявленная достоверная взаимосвязь изменения экспрессии генов ММП-9 и ТИМП-2 в ткани ПКГШ с ростом первичного опухолевого узла подтверждает значение этих генов для мониторинга прогрессирования заболевания и уточнения стадии заболевания.

МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ – ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Клишова Е.В., Кондакова И.В., Чойнзонов Е.Л., Чижевская С.Ю., Шишкин Д.А.

НИИ Онкологии СО РАМН, Томск, Россия

E-mail: klisheev@oncology.tomsk.ru

Введение. Молекулы-компоненты системы матриксных металлопротеиназ (ММП) активно участвуют в процессах инвазии и метастазирования плоскоклеточных опухолей, поэтому является актуальным изучение их прогностической значимости.

Целью представленной работы явилось изучение прогностической значимости матриксных металлопротеиназ (ММП) и их тканевых ингибиторов (ТИМП) у больных плоскоклеточными карциномами головы и шеи (ПКГШ).

Материалы и методы. В сыворотке крови больных ПКГШ до начала лечения иммуноферментным методом были определены концентрации ММП-2, -3, -9, и ТИМП-1, -2. Больные получили комбинированное лечение, включающее лучевую терапию и оперативное вмешательство. Средний срок наблюдения составил $18,6 \pm 1,3$ месяца.

Результаты. При оценке двухлетней общей и безрецидивной выживаемости были выявлены два статистически значимых критерия плохого прогноза: высокие уровни ММП-9 и ТИМП-1 в сыворотке крови. В результате анализ

двухлетней безметастатической выживаемости было выявлено четыре значимых критерия плохого прогноза: высокие уровни ММП-2, -9 и ТИМП-1, -2.

Выводы. Уровни ММП-2, -9 и ТИМП-1, -2 в сыворотке крови, оцененные до начала лечения, являются факторами прогноза двухлетней выживаемости у больных плоскоклеточным раком головы и шеи.

Работа выполнена в рамках реализации ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009-2013 гг. (ГК № П320).

АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ 1 И 9 В ОПУХОЛЯХ У БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ РОТОВОЙ ЧАСТИ ГЛОТКИ

Ковтуненко А.В., Пославская А.В.

Днепропетровская государственная медицинская академия, Днепропетровск, Украина

E-mail: lor@dsma.dp.ua

Введение. Для многих злокачественных новообразований было отмечено повышение уровня протеолитической активности матриксных металлопротеиназ, которая коррелировала с интенсивностью процессов инвазии и метастазирования.

Цель работы. Изучить уровень экспрессии маркеров тканевой инвазии ММП1 и ММП9 в плоскоклеточных раках у больных раком ротовой части глотки в зависимости от регионарного метастазирования в лимфатические узлы шеи.

Материалы та методы. Были проанализированы результаты обследования и лечения 309 пациентов раком ротовой части глотки. Для проведения иммуногистохимического исследования использовали блоки 62 пациентов, первичные поликлональные антитела к ММП1 и ММП9 и систему визуализации EnVision (DakoCytomation). Идентификация реакций проводилась с помощью хромогена DAB. При оценке экспрессии использовали полуколичественный цифровой визуальный анализ микрофотографий срезов в программе ImageJ (National Institutes of Health).

Результаты обсуждения. При проведении исследования и сравнительного анализа экспрессии ММП1 были получены только негативные (43,5%, $n=27$) и слабые (56,5%, $n=35$) цитоплазматические реакции. Обнаруженные отличия не имели статистической значимости ($p>0,05$), достоверной корреляционной связи между этими параметрами также не обнаружено, что говорит о невозможности использования маркера ММП1 для предсказания наличия метастазов. При исследовании экспрессии ММП9 обнаружены существенные отличия. При опухолях с метастазами слабая реакция ММП9 наблюдались в 4,0 раза реже ($16,1 \pm 6,6\%$), чем при отсутствии метастазов ($64,5 \pm 8,6\%$). Обнаружена достоверная обратная корреляционная связь между этими параметрами. То есть в опухолях при росте показателя экспрессии ММП9 уменьшается вероятность наличия регионарных метастазов (в 3,7 раза), и, напротив, растет при уменьшении экспрессии.

Выводы. Данные исследования маркера ММП1 свидетельствуют о невозможности использования для предсказания наличия метастазов у больных плоскоклеточным раком ротовой части глотки. Прогностическое значение показателей экспрессии ММП9 относительно метастазирования определено наличием обратной корреляционной связи ($r=-0,21$; ОШ=3,7; 95% ДИ – 9,7-64,5; $p<0,001-0,05$). Для прогнозирования развития метастазов у больных плоскоклеточным раком ротовой части глотки целесообразно проведение исследования экспрессии ММП9.

ПОЛУЧЕНИЕ КОНЬЮГАТА ЗОЛОТЫХ НАНОЧАСТИЦ С КРАСИТЕЛЕМ И АНТИТЕЛАМИ ДЛЯ ИММУНОАНАЛИЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГРК

Пестовский Ю.С., Будашов И.А.

Химический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова, Институт биохимической физики им. Н.М. Эмануэля РАН, Москва, Россия

E-mail: organics@mail.ru,

Введение. Спектроскопия гигантского комбинационного рассеяния (ГКР, SERS) с использованием конъюгатов наночастиц с красителем и антите-

разработка новых биосовместимых материалов для восстановления дефектов.

Цель работы. Разработка в эксперименте и апробация в клинике метода реконструкции челюстно-лицевой области наноструктурированными кальций-фосфатными керамическими материалами.

Материалы и методы. 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. Полученные в экспериментах результаты позволили перейти к клиническим испытаниям пористой кера-

мической биокерамики, с целью ее использования для возмещения дефектов костей у онкологических больных: для возмещения дефектов челюстно-лицевой области, основания черепа, свода черепа

Результаты обсуждения. 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.

Выводы. Таким образом, использование нового поколения биосовместимых пористых керамических материалов, позволяют возмещать обширные раневые дефекты у онкологических больных и ускорить сроки регенерации тканей.

РАЗНОЕ

МЕЛАНОМА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ

Афанасьева З.А., Гаптрахманова Л.Х.

Казанская государственная академия медицинская академия республиканский онкологический диспансер Республики марий Эл, Йошкар-Ола, Республики марий Эл

E-mail: luizamed@yandex.ru

Заболеваемость меланомой кожи за последние десятилетия отличается устойчивым ростом, во всем мире ежегодный прирост составляет 5% (в России – 3,9%). Меланомы кожи головы и шеи составляют около 12% от меланомы кожи всех локализаций и отличаются наиболее низкой выживаемостью, ранним регионарным и отдаленным метастазированием.

Цель исследования. Статистический анализ заболеваемости и смертности от меланомы кожи головы и шеи среди населения республики марий эл за период 2000-2009 гг.

Материалы и методы. Изучены заболеваемость и смертность от меланомы с использованием формы №35 и формы №7 годовых отчетов республиканского онкологического диспансера из республики марий эл с 2000 по 2009 гг. И данных госкомстата республики о среднегодовой численности населения за период с 2000 по 2009 гг.

Результаты. За 10 лет заболеваемость меланомой кожи в расчете на 100 тыс. населения выросла с 3,16 до 3,86. Показатели смертности от меланомы кожи с 2000 по 2009 г. Также выросли с 1,32 до 2,14 на 100 000 населения. В республике марий эл в период 2000-2009 гг зарегистрировано 224 больных с меланомой кожи. Распределение больных по локализации первичной опухоли: туловище – 39,7%, конечности – 42%, голова и шея – 11,6%, другие – 6,7%.

У 26 (11,6%) пациентов меланома расположена на коже головы и шеи. Распределение больных по сублокализации следующая: волосистая часть – 3 (11,5%) человека, лицо – 12 чел. (46,2%), шея – 6 (23,1%) чел, ушная раковина – 3 чел. (11,5%), слизистая носа – 1 чел. (3,8%), метастаз меланомы в л/у шеи без первичного очага – 1 чел. (3,8%).

При этом женщины составили 88,5% (23), мужчины – 11,5% (3). Распределение больных по возрасту следующая: 29 лет – 1 (3,8%) чел., 41-50 лет – 5 (19,2%) чел, 51-60 лет – 4 (15,4%) , 61-70 лет – 3 (11,5%) человека. Максимальное число случаев болезни приходилось на возрастную группу 71 год и старше – 12 (50%) человек.

Патогистологически у 16 (61,5%) была пигментная меланома, у 6 (23,1%) -беспигментная меланома. У 1 (3,8%) больного меланома с небольшим содержанием пигмента и у 3 (11,5%) больных патогистологическое заключение было «меланома» без уточнения количества пигмента. По степени инвазии по кларку при гистологическом исследовании: II уровень инвазии отмечен у 3 (11,5%), III – у 15 (57,7%), IV – у 5 (19,2%) и V уровень инвазии – у 1 (3,8%) больных. У 2 (7,7%) больного уровень инвазии неизвестен. Специализированное лечение при меланоме кожи головы и шеи получили: иссечение опухоли у 20 (76,9%) больных, иссечение +лаз – у 1 (3,8%), только лаз – 1(3,8%), только лучевая терапия – 1 (3,8%), нет данных о проведенном лечении у 2 больных (7,7%).

Таким образом, в республике марий эл, также как и в мире, наблюдается рост заболеваемости меланомой кожи. Меланома кожи головы и шеи составляет 11,6%. Частота и структура данной патологии определяется возрастно-половыми особенностями.

ОЦЕНКА ЗАТРАТ НА ФАРМАКОТЕРАПИЮ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ГОРТАНИ, ГЛОТКЕ И ПОЛОСТИ РТА

Ворона И.С., Ворона Ю.С., Хвостовой В.В.

Белгородский государственный университет, Белгород, Россия
ГУЗ «Курский областной онкологический диспансер», Курск, Россия

E-mail: vorona@bsu.edu.ru

По данным статистики, в 2009 г. затраты на фармакотерапию составили 16,6% государственных расходов на стационарную медицинскую помощь.

Целью работы явилась оценка уровня затрат на фармакотерапию пациентов со злокачественными образованиями гортани, глотки и полости рта после хирургического лечения.

Материалы и методы. Выкопировка данных из листов назначений 80 историй болезни пациентов, находившихся на лечении во 2-ом хирургическом отделении КООД в 2009 г.; анализ прайс-листов оптовых фармацевтических дистрибьюторов Курской области (по состоянию на 21.12.2009 г.).

Результаты. Средний уровень затрат на лекарственное обеспечение 1 пациента равен 14,5 тыс.руб., что составило 35,4% средней стоимости госпитализации. При этом данная статья в индивидуальных случаях имела разброс от 7,6 до 123,3%. Наибольшую долю в структуре затрат имели две фармакотерапевтические группы – антибиотики и антибактериальные средства (34,7%) и средства для энтерального питания (23,1%).

Выводы. Выявленные тенденции свидетельствуют о значительной доле затрат на фармакотерапию в структуре расходов на хирургическое лечение пациентов с онкопатологией гортани, глотки и полости рта и необходимости углубленного анализа значительных различий данного показателя среди пациентов.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОРТАНИ, ТРАХЕИ, БРОНХОВ И ПИЩЕВОДА

*Донскова Ю.С., Хороненко В.Э., Осипова Н.А.,
Береснев В.А., Алексин А.А.*

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» МЗ и соцразвития РФ.

E-mail: donskovaus@mail.ru

Введение. Анестезиологическое обеспечение эндоскопических операций и инвазивных диагностических манипуляций должно соответствовать следующим требованиям: предотвращение риска асфиксии и повреждения органов средостения; создание условий для комфортной работы хирургов; адекватное обезболивание и быстрая посленаркозная реабилитация пациента, особенно при выполнении процедур в амбулаторных условиях. Цель: разработка дифференцированного подхода к выбору метода анестезии, способов обеспечения проходимости дыхательных путей и вентиляции легких. **Материалы и методы:** за 5 лет проведено более 250 анестезий при деструкции опухолей дыхательных путей различной локализации, эндотрахеальных, эндобронхиальных, эзофагеальных УЗИ и пункциях (n=28), реканализациях и стентированиях трахеи и пищевода (n=22). При опухолях гортани (n=45)

применяли метод внутривенной общей анестезии (ВОА) пропופолом, фен-танилом и кетаминном в сочетании с местной анестезией дыхательных путей при сохраненном самостоятельном дыхании больного. При удалении опухолей верхнего и среднего отделов трахеи (n=60) применяли ВОА с объемной ИВЛ через тубус бронхоскопа. Деструкцию опухолей нижней трети трахеи и главных бронхов (n=73) проводили на фоне ВОА с ВЧ ИВЛ. При критических стенозах трахеи с высоким риском асфиксии интубацию трахеи ригидным бронхоскопом выполняли после премедикации (мидазолам 5 мг, лорноксекам 8 мг, трамадол 100 мг в/м за 30 мин), в/в введения атаракса 50-100 мг и тщательной местной анестезии, затем переходили к ВОА пропופолом (n=22). При выполнении инвазивных диагностических процедур и стентировании пищевода в 60% случаев достаточно назначения премедикации, в/в или в/м введения атаракса и местной анестезии, в остальных случаях дополнительно проводили седацию пропופолом. Осложнений, связанных с анестезией и/или нарушением проходимости дыхательных путей, не было. Заключение. Разработанный подход к выбору метода анестезии и обеспечения проходимости дыхательных путей обеспечивает адекватный уровень анальгезии для выполнения эндоскопических операций, высокую степень безопасности пациента и хорошие условия для работы хирургов.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОПЕРАЦИЙ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ РАДИОТЕРАПИЕЙ (ИОРТ)

Донскова Ю.С., Осипова Н.А.

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

E-mail: donskovaus@mail.ru

Введение. Операции с ИОРТ проводят больным с местнораспространенным процессом, они отличаются травматичностью, повышенной кровопотерей. ИОРТ инициирует каскад реакций образования свободных радикалов, которые повреждают мембраны как опухолевых, так и здоровых клеток, в том числе клеток иммунной системы (ИС), что приводит к увеличению частоты гнойно-воспалительных осложнений и сроков послеоперационной реабилитации. Цель. Выработка оптимальной тактики пред-, интра- и послеоперационного ведения пациентов при выполнении онкологических операций с ИОРТ. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 90 анестезиологических пособий при удалении опухолей краниофациальной локализации с ИОРТ. Исследовали динамику лабораторных показателей, иммунограммы и показатели окислительно-антиокислительной системы (ОАС). Выделено на 3 группы в зависимости от варианта предоперационной подготовки: 1 группа – без специальной подготовки (n=20), 2 группа (n=35) – назначение за 3 сут до операции ЛПК (α-токоферол 1,2 г/сут, аскорбиновая к-та 1000 мг/сут, актовегин 160 мг/сут, имунофан 1,0 мл/сут), 3 группа двухнедельная нутритивная поддержка+ЛПК (n=35). Результаты. Исходно у всех больных имели место иммуносупрессия, дисбаланс между звеньями ИС, напряжение антиокислительного звена. В 1 сут п/о отмечали компенсаторную реакцию ИС: снижение содержания CD3+, CD4+, повышение CD8+, CD16+, CD25+ и CD20+, повышение уровня МДА, снижение АК и АЦ на 30%, увеличение уровня ЛФ. У больных 2 и 3 групп восстановление показателей происходило в среднем на 7 сут раньше, чем в 1 группе, где отмечали лабораторные признаки незавершенности воспалительной реакции к 12 суткам и замедление репаративных процессов. Частота гнойно-воспалительных осложнений в 2 и 3 группах в 2,5 раза ниже, чем в 1 группе. Выводы. Периоперационное применение ЛПК с мощными антиоксидантными и иммуномодулирующими свойствами и нутритивная поддержка позволяют стабилизировать ОАС, уменьшить дисбаланс между звеньями ИС, ускорить адекватный иммунный ответ на сочетанное хирургическое и лучевое воздействие.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА

Енгбарян М.А.

ФГУ «РНИОИ» Минздравсоцразвития РФ, Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: mar457@yandex.ru

Периокулярная область вследствие сложного анатомического строения и рельефа занимает одно из ведущих мест по количеству рецидивирующих форм новообразований, представляющих угрозу не только для органа зрения, но и для жизни пациента.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей рецидивирующих опухолей придаточного аппарата глаза

Материалом исследования послужили данные о 300 пациентах, направленных на лечение в Ростовский научно-исследовательский онкологический институт в связи с возникновением рецидива заболевания.

Результаты исследования. У подавляющего числа пациентов наблюдался инфильтративный рост опухоли – у 261 (87%) больного. Наиболее часто отмечены рецидивы базальноклеточного рака – у 208 (69,3%) больных. Поражение рецидивной опухолью области внутреннего угла глаза отмечено у 172 (57,3%) человек: после операции – у 63 (21%) больных и у 109 (36,3%) пациентов после проведения лучевой терапии.

Выводы. Наибольшие трудности в лечении представляют опухоли внутреннего угла глаза: близость глазного яблока, слезоотводящих структур, важность данной зоны для обеспечения адекватного функционирования органа зрения, сложность восстановления анатомической целостности утраченных тканей лимитируют хирурга в процессе удаления опухолей этой локализации. При проведении лучевого лечения опухолей внутреннего угла глаза сложность рельефа данной области препятствует адекватному распределению дозы и достижению местного контроля над опухолью.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ЛИМФОУЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ МЕТАСТАЗОВ

Зинченко С.В., Рудык А.Н., Хамидуллин Р.Г., Чернышев В.А., Бусыгин М.А.

ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», Казань, Россия

E-mail: zinchenkos.v@mail.ru

Введение. Проблема лечения больных с метастазами злокачественных опухолей без выявленного первичного очага, на долю которых приходится 6% больных с впервые зарегистрированным диагнозом злокачественного новообразования, является весьма актуальной и не решенной на сегодняшний день. Из этого числа 22-30% больных с метастатическим поражением лимфоузлов шеи.

Цель исследования. Изучение выживаемости больных с метастазами в лимфоузлы шеи без первичного очага в зависимости от морфологической структуры метастазов.

Материалы и методы. В ГУЗ «РКОД МЗ РТ» с 1996 по 2008гг. наблюдалось 565 больных с метастазами без первичного очага, из них 141(25%) были пациенты с метастазами в лимфоузлы шеи. Средний возраст пациентов составил $58,34 \pm 0,67$ лет, абсолютно преобладали мужчины – 119 (84,3%), женщин было 22 (15,7%). По морфологической структуре метастазов пациенты распределились следующим образом: плоскоклеточный рак – 73 пациента (51,8%), рак без детализации – 27(19,1%), аденокарцинома – 14(9,9%), низкодифференцированный рак – 9(6,4%), недифференцированный рак – 2(1,4%), меланома – 5(3,5%), саркома без детализации – 6(4,3%), рак щитовидной железы – 4(2,9%), плазмоцитомы – 1 пациент (0,7%). Всем больным было проведено специальное лечение. Результаты. Медиана выживаемости статистически значимых морфотипов составила: плоскоклеточный рак – $36,0 \pm 4,8$ мес., аденокарцинома – $7,0 \pm 5,6$ мес., рак без детализации – $14,0 \pm 4,5$ мес., низкодифференцированный рак – $10,0 \pm 1,5$ мес., меланома – $43,4 \pm 8,3$ мес., саркома без детализации – $17,5 \pm 6,6$ мес. Заключение. Следует отметить высокие показатели у пациентов с метастазами меланомы ($43,4 \pm 8,3$ мес.) и саркомы ($17,5 \pm 6,6$ мес.). Таким образом, отсутствие первичной опухоли у пациентов с метастазами неэпителиальных опухолей в лимфоузлы шеи не является неблагоприятным фактором. Однако данное утверждение требует проверки на более репрезентативном клиническом материале.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Кутубулатова Е.В., Чикин В.Н., Аладдин А.С.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер»,
Челябинск, Россия.

E-mail: Aladdoctorru@mail.ru

Злокачественные опухоли придаточных пазух носа редкая патология. Частота в общей структуре заболеваемости не превышает 0,19%. Диагностика местно-распространенных опухолей не вызывает затруднений, но если опухоль мала, то диагностика сложна. Это подтверждается тем, что число пациентов с местно-распространенным процессом не снижается.

Материалы и методы. С 2003 по 2007 год со злокачественными новообразованиями пазух носа было 37 пациентов. Мужчин – 32, женщин – 17. Возраст от 22 до 75 лет. Диагностический алгоритм включал клиническое исследование, сонографию шеи для обнаружения измененных лимфоузлов, рентгенологическое полипозиционное исследование лицевого скелета и околоносовых пазух, эндоскопию полости носа, носоглотки, ротоглотки с биопсией опухоли, компьютерную томографию для оценки распространенности опухолевого процесса и визуализации интракраниального роста. При подозрении на интраорбитальную инвазию выполняли ультразвуковое сканирование орбит. Гистологическая верификация была в 100% случаях. В зависимости от гистотипа распределились следующим образом: плоскоклеточный рак – 32 пациента, аденокистозный рак – 2, переходноклеточный – 1, неэпителиальные опухоли (саркомы) – 2. Злокачественные опухоли преимущественно локализовались в лобной пазухе и решетчатом лабиринте – 59,45% (n=22) случаев, в верхнечелюстной пазухе – 40,54% (n=15). Пациентов с I стадией заболевания не было, II – была у 5 больных, III – у 22 и IV – у 10.

Результаты и выводы. Радикальные операции, как этап комбинированного лечения выполнены 10 (27,02%) больным. В планировании и реализации хирургического этапа комбинированного лечения принимали участие врачи нескольких специальностей: онкологи, пластические хирурги, стоматологи, онко-офтальмологи.

Летальных исходов после операций не было. В раннем послеоперационном периоде у 3 пациентов был краевой некроз лоскута используемого для пластики образовавшегося дефекта после удаления опухоли, что не потребовало повторных хирургических вмешательств, а образовавшиеся дефекты тканей зажили вторичным натяжением. Таким образом, используемый нами диагностический и лечебный алгоритм у пациентов злокачественными опухолями околоносовых пазух позволил в 100% случаях верифицировать диагноз и провести адекватное лечение.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ ОТДЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ МНИОИ ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА

Ольшанский В.О., Мамонтов А.С.

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

E-mail: info@mnoi.ru

В 2011 году исполнилось 140 лет со дня рождения выдающегося русского хирурга – онколога Петра Александровича Герцена. В период научного становления Московского онкологического института он был его директором. При нем произошли серьезные изменения в организации онкологической службы в стране: институт из учреждения, оказывающего преимущественно паллиативную помощь, стал заниматься научными исследованиями и радикальными операциями. Велика роль П.А. Герцена в создании онкологической службы в России, в частности опухолей головы и шеи. Его статья «О раке языка» (Нов.хир.архив, 1928г) активно обсуждалась хирургами, онкологами и радиологами.

В 1943 году в институте было организовано первое в стране отделение ЛОР-онкологии, которое возглавил известный ученый Иван Яковлевич Сендульский. В начале одной из основных тем стало лечения больных раком ЛОР органов. Дальнейшее развитие этого направления связано с многочисленными работами Ю.В. Фалилеева, Б.А. Рудявского, Н.П. Маслова, И.Г. Барадулиной, В.П. Демидова, В.О. Ольшанского, Ю.Л. Гамбурга, А.М. Сдвижкова, П.Г. Битюцкого.

В настоящее время отделение возглавляет член-корр. РАМН, профессор И.В. Решетов. Он впервые разработал проблему микрохирургических и реконструктивно-пластических операций в ЛОР-онкологии. Большой вклад внесли ученые отделения в решении проблем хирургического и комбинированного лечения злокачественных опухолей щитовидной железы, функционально-сохраняющих операций при раке гортани с установкой голосового протеза, опухолей челюстно-лицевой локализации проникающими в переднюю черепную ямку, использование РЧА. В отделении плодотворно работают нейрохирургическая и офтальмологическая группы. Достижения сотрудников отделения были отмечены Государственной премией, Премией правительства России и другими. Отделение в составе института проводит большую работу по организации онкологической службы в области опухолей головы и шеи. В настоящее время в онкологических диспансерах РФ функционируют 22 отделения этого профиля. В отделении разрабатываются новые, современные способы лечения, особое внимание уделяется ранней диагностике и функционально-сохраняющим методам лечения.

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В НОВОСИБИРСКЕ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РАКА (1988-2010 ГГ.)

Опенко Т.Г., Богатырев С.Н., Симонова Г.И.

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

E-mail: nsk217@rambler.ru

Цель: изучить динамику заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) головы и шеи в популяции г. Новосибирска. **Материалы:** данные популяционного регистра рака НИИ терапии СО РАМН за период 1988-2010 гг. **Результаты:** На 1 января 2011 г. в регистр рака внесено 27520 записей, из них ЗНО головы и шеи (С00-С14, С30-С32, С73) составили 8,4% у мужчин и 4% у женщин, из них морфологически верифицированы 87% (2000-2010 гг.). У мужчин вклад опухолей головы и шеи в структуру заболеваемости ЗНО снизился с 9% (1988-2000 гг.) до 7% (2006-2010 гг.), у женщин – вырос с 3% до 5%. Из числа опухолей головы и шеи у мужчин чаще всего регистрируется рак гортани (41%), нижней губы (10%), языка (10%) и щитовидной железы (8%), у женщин – рак щитовидной железы (56%), гортани (8%), нижней губы (7,5%) и слюнных желез (6%). Средний возраст выявления этих опухолей у мужчин за период наблюдения увеличился с 58,7 года (1988-1990 гг.) до 61,4 года (2006-2010 гг.), у женщин уменьшился с 63,4 до 56,3 года. Заболеваемость ЗНО головы и шеи у мужчин (мировой стандарт) снизилась с 31 (1989 г.) до 23 (2009 г.), $\Delta = -0,4$ в год, в том числе заболеваемость раком гортани – с 11,2 до 7,4, нижней губы – с 5,3 до 1,1, языка – с 3,8 до 1,4. У женщин заболеваемость увеличилась с 5,5 до 14,7, $\Delta = +0,46$ в год, в том числе заболеваемость раком щитовидной железы – с 2,3 до 10,2. Выводы: имеются разнонаправленные тенденции в динамике заболеваемости ЗНО головы и шеи у мужчин и у женщин в период 1988-2010 гг.

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: СМЕРТНОСТЬ В НОВОСИБИРСКЕ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РАКА (1988-2010 ГГ.)

Опенко Т.Г., Богатырев С.Н., Симонова Г.И.

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

E-mail: nsk217@rambler.ru

Цель: изучить динамику смертности от злокачественных новообразований (ЗНО) головы и шеи в популяции г. Новосибирска. **Материалы:** данные популяционного регистра рака и регистра общей смертности НИИ терапии СО РАМН за период 1993-2009 гг. **Результаты:** На 1 января 2010 г. в регистре рака сделано 10179 записей о смерти от ЗНО, из них от ЗНО головы и шеи (С00-С14, С30-С32, С73) – 554 (5,4%), у мужчин 8,1% и у женщин 2,3%. У мужчин вклад опухолей головы и шеи в структуру смертности от ЗНО снизился с 8% (1988-2000 гг.) до 7% (2006-2010 гг.), у женщин – вырос с 1,6% до 3%. Из опухолей головы и шеи чаще всего причиной смерти у мужчин был рак гортани (45%), языка (12%), ротоглотки (10%)

и полости рта (9%), у женщин – рак щитовидной железы (42%), гортани (8,5%), ротоглотки и полости рта (по 9%). Средний возраст смерти от этих опухолей у мужчин за период наблюдения увеличился с 61,3 года (1988-1990 гг.) до 62,5 года (2006-2010 гг.), у женщин уменьшился с 69,1 до 67,6 года ($p < 0,05$). Смертность от ЗНО головы и шеи у мужчин (мировой стандарт) увеличилась с 13,4 (1993 г.) до 16 (2009 г.), $\Delta = +0,15$ в год. Смертность от рака гортани уменьшилась с 7 до 6,2, и увеличилась смертность от рака ротоглотки – с 0,2 до 2,8, гортаноглотки – с 0,4 до 2,9 и щитовидной железы – с 0,4 до 0,8. У женщин смертность от опухолей головы и шеи увеличилась с 1,1 до 3, $\Delta = +0,11$, в том числе от рака щитовидной железы – с 0,1 до 1.

Выводы. Смертность от опухолей головы и шеи увеличилась у лиц обоего пола.

ПОПУЛЯЦИОННЫЙ РЕГИСТР РАКА КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОНКОЛОГИИ

Опенко Т.Г., Богатырев С.Н., Симонова Г.И.

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

E-mail: nsk217@rambler.ru

Популяционный регистр рака – это сбор, хранение и обработка персонализированной информации обо всех впервые выявленных на определенной территории случаях злокачественных новообразований (ЗНО). Целью работы регистра рака является проведение научных эпидемиологических исследований, анализ заболеваемости и смертности от ЗНО. В НИИ терапии СО РАМН регистр рака работает с 1988 г. в двух районах Новосибирска с населением 345 000 человек. База данных содержит паспортные данные, даты рождения, смерти, установления диагноза; диагноз, код по МКБ-10 (С00-С97), сведения о стадии, морфологии, видах лечения и причине смерти. Она формируется по извещениям о выявленном случае рака, ф.№281, и картам диспансерного наблюдения, ф.№030-6/у. Критерии включения: все впервые выявленные случаи ЗНО у лиц, постоянно проживающих на данной территории; исключения: ранее выявленные ЗНО. На 1 января 2011 г. в регистре содержится 27520 записей. Из них ЗНО головы и шеи (С00-С14, С30-С32, С73) составляют 6,1% (1673 записи), морфологически верифицированы 87% (2000-2010 гг.). Динамика показателей с 1988 по 2010 гг.: у мужчин заболеваемость ЗНО головы и шеи снизилась с 31 до 23 (мировой стандарт), смертность выросла с 13,4 до 16, вклад в структуру ЗНО уменьшился с 9,1% до 7,1%. У женщин увеличилась заболеваемость 5,5 до 14,7, смертность – с 1,1 до 3 и вклад в структуру – с 2,7% до 4,8%. Таким образом, данные популяционного регистра рака позволяют проводить аналитические эпидемиологические исследования.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ЛЕГКИХ

Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И., Глушко В.А., Амралиев А.М., Картовецко А.С.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: aleemed@mail.ru

Актуальность. Злокачественные опухоли головы и шеи редко метастазируют в легкие. По данным нашего опыта, такая локализация вторичной опухоли встречается у одного из 10 больных оперированных по поводу рака головы и шеи с обнаруженными рентгенологическими признаками солитарной тени.

Материалы и методы. В исследованную группу включены больные с метастазами рака слизистой дна полости рта, губы, гортани, слюнной и щитовидных желез, объединив их по локализации опухолевого процесса на голове и шее. Нами были выполнены операции по поводу внутрилегочных метастазов рака органов головы и шеи у 27 больных (рак гортани – у 7, слюнной железы – у 8, слизистой дна полости рта – у 5, губы – у 3, глотки и щитовидной железы – по два больных). Чаще выполняли органосохранные

операции: в 56,0% наблюдений – атипичную резекцию легкого, в 40,0% – лобэктомия и в 4,0% – пневмонэктомию.

Результаты. После удаления внутрилегочных метастазов рака слизистой дна полости, губы и глотки более 1, 3 и 4 лет пережили 86,0%, 28,9%, 9,8% больных, соответственно. Один больной жив 44 мес. после верхней лобэктомии справа по поводу солитарного метастаза рака слизистой дна полости рта и 38 месяцев после средней лобэктомии по поводу «рецидивного» метастаза без признаков дальнейшего прогрессирования опухолевого процесса. Метастазы рака гортани удалены у 7 больных, из них 5 лет пережил один больной (14,2%), остальные умерли от прогрессирования заболевания в сроки от 12 до 36 месяцев после операции на легком. После удаления метастазов аденокарциномы рака околоушной слюнной железы 1-, 3- и 5 летняя выживаемость составила 83,3%, 66,7%, и 66,7% соответственно.

Выводы. Для опухолей головы и шеи характерен длительный интервал от окончания лечения первичной опухоли до появления отдаленных метастазов в легких, медленное прогрессирование болезни, относительно благоприятный прогноз хирургического лечения.

ОБРАЗОВАНИЯ ИЗ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ У ДЕТЕЙ – НОВЫЙ ВЗГЛЯД

Рогинский В.В., Надточий А.Г., Григорян А.С., Соколов Ю.Ю., Солдатский Ю.Л., Ковязин В.А.

ФГУ «ЦНИИС и ЧЛХ Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: dok-nahodka@mail.ru

До настоящего времени сосудистые поражения челюстно-лицевой области и шеи обозначаются в основном собирательным термином «гемангиома». В 1982 году Mulliken J. и Glowacki P. все гемангиомы разделили на истинные сосудистые опухоли и пороки развития сосудов (ангиодисплазии, сосудистые мальформации). Однако, по нашему мнению, эти два определения – опухоль и мальформация – не объясняют многообразия проявлений сосудистой патологии в области лица и шеи у детей.

Мультидисциплинарная группа исследователей на основании изучения специальной литературы, анализа, в том числе ретроспективного, собственных наблюдений (1158 набл.) за 20 лет с использованием методов исследований: клинического, лучевого, патоморфологического, иммуногистохимического, выделила из обширной собирательной группы т.н. гемангиом три категории (вида) поражений: гиперплазии, мальформации, опухоли (В.В. Рогинский с соавт. 2010).

Сосудистые гиперплазии. Опухолеподобные сосудистые образования, возникающие в результате внутриутробной тканевой гипоксии или других эмбриональных нарушений.

Клинически проявляются сразу после рождения или в первые один-три месяца. Характеризуются чрезвычайно быстрым ростом. Проходят стадии: активного роста (с 1-3 мес. до 6-8 мес.), прекращение роста (с 6-8 мес. до 12-18 мес.), инволюция (до 2-7 лет).

Сосудистые мальформации (синонимы: пороки развития, ангиодисплазии). Врожденные нарушения строения сосудистой сети, проявляющиеся в любом возрасте, чаще с рождения. Не подвергаются инволюции.

Сосудистые опухоли. Доброкачественные и злокачественные. Наименьшая по частоте группа сосудистых поражений. Не подвергаются инволюции.

Выделение в классификации сосудистой патологии нозологической формы «сосудистая гиперплазия» должно в значительной степени поменять тактику лечения детей с данными поражениями.

ЧРЕСКОЖНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Рогинский В.В., Надточий А.Г., Овчинников И.А., Вишневецкий В.А.

ФГУ «ЦНИИС и ЧЛХ Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: dok-nahodka@mail.ru

Существующие методы лечения сосудистых поражений не всегда обеспечивают выздоровление пациента. Особенно трудно поддаются лечению

большие кавернозные и комбинированные мальформации сложной анатомической локализации. Актуальной является проблема поиска и развития малоинвазивных хирургических методов. Одним из таких методов лечения детей с мальформациями, относящимся к малоинвазивным, является метод радиочастотной термоабляции.

Чрескожная дистанционная абляция применялась у 12 больных. Воздействию подвергались патологические очаги в щечных, околоушно-жевательных, параорбитальных, скуловых областях, в области крыло-челюстного пространства, верхней, нижней губы и языка. Во всех случаях имели место кавернозные типы поражений.

Активный электрод d 1 мм с длиной рабочей части 1 см под контролем УЗИ вводился через прокол кожи или слизистой в центр патологического очага. При включении аппарата в зоне воздействия происходит повышение температуры до 80-100°C, приводящее к формированию коагуляционного сгустка. Через 20-30 мин после воздействия в зоне абляции при УЗ контроле определяется инфильтрация мягких тканей, которая сохраняется в течение нескольких дней. Впоследствии в зоне воздействия происходит перестройка коагуляционного сгустка с формированием фиброзной ткани. Полученные результаты показывают эффективность данной методики в лечении больных с сосудистыми мальформациями.

АМЕРИКАНСКИЕ ДОКТОРА В КЛИНИКЕ С.П. ФЕДОРОВА В НАЧАЛЕ XX ВЕКА

Романчишен А.Ф., Нечай А.И., Вабалайте К.В.

Кафедра госпитальной хирургии Санкт-Петербургской государственной Педиатрической медицинской академии,
Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии,
Санкт-Петербург, Россия

E-mail: afromanchishen@mail.ru

На старой фотографии в группе российских офицеров несколько гражданских лиц. В первом ряду легко узнать выдающегося русского хирурга, профессора, начальника кафедры госпитальной хирургии ВМА С.П. Федорова. Слева и справа от него, если верить многим статьям, сидят братья Мауо. Дата, обозначенная в книге – 1912 г. Вот и вся информация о встрече хирургов двух стран в Санкт-Петербурге. Откуда они узнали друг о друге, почему американцы решили проделать такой длинный и небезопасный путь в Санкт-Петербург, действительно ли в 1912 г. состоялась эта встреча, кто еще представлен на фотографии – нужно было выяснить. В 2007 г. я (А.Ф. Романчишен) посетил клинику Мауо, прочитал отчет W. о «Кратком визите в хирургические клиники России, Финляндии, Швеции, Норвегии, Дании и Бельгии» в журнале «Journal-Lancet» 1914 г. В журнале были указаны имена путешественников – W. Мауо и Ch. Graham. Это путешествие имело место в 1914 г., на 479 с. указанного выше журнала W. Мауо отметил, что профессор А. Дерге посетил США в 1914 г. W. Мауо знает об этом в 1912 г. не мог. W. Мауо и Ch. Graham посещали и давали характеристику хирургических клиник Москвы и Санкт-Петербурга. W. Мауо отметил, что США к тому времени посетили Р.Р. Вреден (1903, 1913) и В.Н. Шамов. Их рассказы о С. П. Федорове побудили W. Мауо предпринять поездку в Россию. Американские доктора присутствовали на нескольких операциях (нефрэктомия, пиелотомия) С.П. Федорова, после которых W. Мауо назвал Федорова «мастером хирургии». В клинике С.П. Федорова была сделана фотография (рисунок), на которой изображены ученики и коллеги С.П. Федорова с американскими коллегами в 1914 г.: первый ряд слева направо: А.А. Опокин (1878-1939 гг.), В.Н. Шевкуненко (1872-1952 гг.), W.J. Мауо (1861-1939 гг.), С.П. Федоров, Ch. Graham (1856-1952 гг.), П.С. Иконников (1879-1915 гг.); второй ряд третий слева – В.И. Добровольский (1867-1937). W.J. Мауо очень высоко оценил состояние хирургии, травматологии, ортопедии, акушерства и гинекологии в российских клиниках того времени. Зародившиеся связи между хирургами ВМА Санкт-Петербурга и клиники Мауо должного развития в дальнейшем не получили. Изменившаяся международная обстановка открыла возможности для сотрудничества и объективной оценки своих преимуществ и недостатков в организации образования, медицины, хирургии и жизни в целом.

ПУНКЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Соколов В.В., Павлов П.В., Карпова Е.С.

ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена Минздрава России. Москва, Россия.

E-mail: profvvs@bk.ru

Введение. Использование назо-гастрального зонда для питания пациентов после операций при злокачественных опухолях головы и шеи часто приводит к гнойно-воспалительным осложнениям в дыхательных путях, глотке, пищеводе и желудке. Цель работы: улучшение качества жизни, быстрое безопасное восстановление энтерального питания у больных с злокачественными опухолями головы и шеи после реконструктивно-пластических операций. Материалы и методы: в МНИОИ им. Герцена накоплен опыт наложения эндоскопических гастростом производств Cook (PEG-24-PULL) у 35 пациентов с злокачественными опухолями головы и шеи. У 31 пациента гастростома наложена под местной анестезией на этапе подготовки к оперативному лечению, у 4 пациентов – интраоперационно перед основным этапом хирургического лечения. Результаты: осложнений и неудач при наложении эндоскопической гастростомы не было. Всем пациентам питание по гастростоме восстановлено на 2-ые сутки. У 1 пациента заменена выпавшая на 20-е сутки трубка на аналогичную. У 5 больных гастростомы ликвидированы через 1 мес. после реконструктивно-пластической операции. Максимальный срок ношения функционирующей гастростомы составил 8 мес. Заключение: метод эндоскопической гастростомии безопасен, экономически выгоден, может выполняться под местной анестезией, исключает развитие осложнений характерных для назогастрального зонда, обеспечивая более высокое качество жизни.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ

Туманян С.В., Семилеткина Е.Ю.

ФГУ РНИОИ Минздрав соцразвития РФ, Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: rnioi@list.ru

Ключевую позицию в вопросе переносимости организмом различных стрессовых воздействий занимает состояние регуляторных механизмов симпатической и парасимпатической систем. Цель работы: выбор оптимального анестезиологического пособия при операциях по поводу опухолей головы и шеи у детей по результатам сравнительного анализа методики в/в анестезии на основе пропофола и низкочастотной анестезии на основе севофлурана. Материалы и методы: проведен анализ 40 анестезиологических пособий у детей от 7 до 16 лет, оперированных по поводу опухолей головы и шеи. Больные были разделены на 2 группы. В 1 группе проводилась в/в анестезия на основе пропофола, во 2 группе – ингаляционная анестезия на основе севофлурана. Результаты: в ходе анестезии определялись ЧСС, АД, температура тела, вегетативный индекс Кердо, сроки восстановления дыхания и сознания. В отличие от 1 группы, во 2 группе отмечены стабильные показатели гемодинамики, температуры тела, отсутствие угнетения тонуса симпатической нервной системы, раннее восстановление дыхания и сознания. Выводы: 1. Оптимальным методом анестезии в хирургии опухолей головы и шеи у детей можно считать низкочастотную ингаляционную анестезию на основе севофлурана. 2. Определение типа вегетативной реактивности позволяет правильно оценить тип гемодинамики пациента и сделать рациональный выбор метода анестезии.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

Филоненко Е.В., Ерохов С.В., Смирнова С.В.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России», Москва, Россия

E-mail: derkul23@yandex.ru

Введение. В связи с совершенствованием хирургических методов лечения в последнее время расширились объемы оперативных вмешательств и замещаемых тканей, увеличился риск развития и выраженность послеоперационных осложнений. Особенно остро проблема профилактики послеоперационных осложнений стоит в группе больных с опухолями головы и шеи. В отделении реабилитации для купирования и профилактики явлений послеоперационных осложнений используются методики лечения с использованием физических факторов.

Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А.Герцена оценены результаты восстановительного лечения 46 пациентов с опухолями головы и шеи после обширных хирургических вмешательств. При проведении реабилитации использовалась магнито-лазерная терапия, воздушно-плазменные потоки, ультрафиолетовое излучение. Среднее количество сеансов составило 15. Применение физических факторов было направлено на заживление ран (14) и свищей (2), профилактику отторжения пересаженных лоскутов (12), купирование явлений воспаления в зоне послеоперационных швов (11), восстановление функции нерва в зоне операций (7 пациентов).

Результаты. У 12 из 14 пациентов с раневыми дефектами после курса реабилитации отмечено полное заживление раневых дефектов, у 2 - значительное улучшение в виде ускорения появления грануляций, уменьшения раневого отделяемого. У 2 пациентов со свищами после курса лечения удалось значительно снизить фибрино-некротическое отделяемое, уменьшить размер свищевого хода. В группе больных, которым курс реабилитации проводился с целью профилактики отторжения пересаженных лоскутов полное приживление отмечено у 8 пациентов, частичный некроз лоскутов - у 2 пациентов, полного отторжения пересаженного лоскута не выявлено ни у одного из пролеченных больных. В группе пациентов (11), лечение которым было проведено в связи с развитием воспалительных явлений в зоне послеоперационных швов, расхождение швов и развития гнойных осложнений зарегистрировано не было. У пациентов с травмой лицевого нерва во всех случаях удалось улучшить нервную проводимость, восстановить кожную чувствительность и купировать явления болевого синдрома.

Заключение. Применение физических факторов в реабилитации больных с опухолями головы и шеи после хирургического вмешательства позволяет значительно сократить сроки восстановления и улучшить качество жизни данной категории больных.

МАГНИТОЛАЗЕР В РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Чойнзонов Е.Ц., Кучерова Т.Я., Мусабаева Л.И., Вусик М.В., Евтушенко В.А., Балацкая Л.Н.

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия

E-mail: balatskaya@oncology.tomsk.ru

Цель исследований заключалась в разработке метода магнитолазерной терапии для лечения осложнений и реабилитации у больных с опухолями головы и шеи.

Проводилось изучение эффективности лечения лучевых реакций и повреждений при проведении лучевой терапии, а также в реабилитации пациентов с эндопротезированием и последующей магнитолазерной терапией при опухолях головы и шеи. Лечение назначалось по разработанным нами методикам с использованием магнитолазера. Под наблюдением находились 204 пациента с проявлениями лучевых реакций в до и послеоперационном периодах, у которых в 52% наблюдалась II степень повреждения. Лучевые реакции регистрировались в основном после 20 Гр и 40 Гр. Отмечалось повреждение слизистых оболочек и кожи. По завершению лечебного курса у 93% пациентов купировался болевой синдром. Акт глотания восстановился у 92 % больных, голос у 56 % пациентов. Эффективность от лечения проявлялась в первые 3 дня. Отечность тканей и гиперемия полностью купированы у всех наблюдаемых спустя 5-8 дней от начала лечения.

При реабилитации 42 пациентов с эндопротезированием и последующей магнитолазерной терапией выявлено вдвое сокращение сроков заживления послеоперационной раневой поверхности. Через 2-3 недели после операции грануляционная ткань полностью закрывала раневую поверхность. Процесс эпителизации раневой поверхности отмечался параллельно и составил 1-2 месяца в зависимости от объема оперативного вмешательства.

Выводы. Применение магнитолазера позволяет снять побочные действия лучевой терапии и ускорить процессы заживления после оперативного вмешательства с эндопротезированием у больных с опухолями головы и шеи.

Именной указатель

- Alberto Santoro 63,
Alessandro Bruscinio 64,
Ancuta Leahu 64,
Andrea Valeri 64,
Antonio Catania 63,
Avenia N. 64,
Barbara Mullineris 63,
Basile F. 64,
Bellantone R. 64,
Семин Д.Ю. 27,
De Riu G. 46,
De Toma G. 64,
Durante C. 64,
Erwin Jannino O. Ybanez MD 33,
Fabio d' Ajello 63,
Filetti S. 64,
Franco I.F.
G. Ardito 63,
Gianluigi Melotti 63,
Giovanni Colli 63,
Guglielmo Ardito 63,
Gurrado A. 64,
Honey Sarita Abarquez MD 33,
Karling Jonas. SLP, Ph.D. 22, 46
Lissidini G. 64,
Lodovico Rosato 63,
Marek K. Dobke, M.D. 33,
Margolin Gregory. M.D., Ph.D. 22, 46
Massarelli O. 46,
Meloni S.M. 46,
Micaela Piccoli 63,
Michele d' Ajello 63,
Nicola Avenia 63,
Paolo Prospero 64,
Piccinni G. 64,
Roberto Cirocchi 63,
Roberto Panconesi 64,
Rosato L. 64,
Tatiana Bargellini 64,
Testini M. 64,
Tullio A. 46,
Абрамов О.Е. 55, 64
Аванесов В.М. 34,
Авдеенко М.В. 25, 31
Адамчик Д.А. 73
Адамян Р.Т. 36
Аладдин А.С. 15, 22, 34, 37, 79
Александрова Л.М. 55, 64
Алексин А.А. 77
Алиева С. Б. 30, 35
Амиралиев А.М. 80
Андреев В.Г. 24, 29, 55
Антонова Л.Е. 41
Аржановская С.В. 73
Артамонова А.В. 13, 25, 70, 72
Афанасьева З.А. 77
Ахметов Т.Ф. 55
Балацкая Л.Н. 36, 50, 82
Балканов А.С. 22
Барышев В.В. 23
Батухтина Е.В. 36, 40, 44, 75
Баужадзе М.В. 44
Бахар С.М. 69
Бежин А.И. 19
Белобородов В.А. 13, 65
Белова Е.Н. 44
Белоконова Н.А. 73
Белоцерковский И.В. 13, 33
Беляев С.А. 73
Береснев В.А. 77
Бецкий О.В. 75
Богатиков А.А. 65, 69
Богатырев С.Н. 79, 80
Бойко А.В. 23, 24, 56
Болотина Л.В. 23
Борисова Л.М. 26, 30
Бородин В.В. 54
Бородин Ю.И. 24
Бородина Н.Б. 20
Брюханов А.В. 16
Вихлянов И.В. 16
Будашов И.А. 74
Бузова Е.В. 73
Бусыгин М.А. 27, 78
Буякова М.Е. 24,
Быкова А.А. 14, 35
Быченков О.А. 24, 27, 28
Бычковский П.М. 73
Вабалайте К.В. 81
Важенин А.В. 15, 34, 37
Ваккер А.В. 73
Вальский В.В. 24
Васильев А.В. 75
Васильев В.Н. 36, 38
Васильев Н.В. 58
Васильев С.А. 34
Васильев Ю.С. 22, 34, 37
Вдовина С.Н. 24, 55
Вербо Е.В. 43
Вернюк М.А. 27
Вихлянов И.В. 13, 25, 47, 70, 72
Вишневский В.А. 80
Воргова Д.Н. 15
Ворона И.С. 56, 77
Ворона Ю.С. 56, 77
Вусик М.В. 82
Высоцкий В.Ф. 13,
Галдянец Р.А. 30
Гаптрахманова Л.Х. 77
Гарбузов П.И. 19, 65
Гарбуков Е.Ю. 32, 58
Геворков А.Р. 24, 56
Гладышев А.А. 56, 57
Гликенфрейд Г.М. 25
Глотов С.С. 25
Глушко В.А. 61, 80
Гобжелянова Т.А. 37
Голанов А.В. 51
Голубцов А.К. 34, 39, 57, 61, 67, 68
Голубцов В.Т. 25
Горлачев Г.Е. 51
Гостимский А.В. 15, 69
Грибова О.В. 25, 26
Григорук О.Г. 16
Григорян А.С. 80
Гришина О.Г. 19
Губеев Р.И. 31, 62
Гуляев Д.А. 54
Гуревич Г.И. 75
Гюнтнер Е.И. 26, 46
Давыдов Д.В. 19
Дайхес Н.А. 34
Дарьялова С.Л. 56
Дербугуев Д.Н. 27
Джалилов Д.Н. 44
Долгова Е.М. 21
Донскова Ю.С. 77, 78
Дробышев А.Ю. 14, 34, 35
Дустов Ш.Х. 39
Дымов А.А. 21
Евдокимов Б.С. 16
Евсеев А.В. 45
Евтушенко В.А. 82
Егоров Г.Н. 28, 29, 49, 67
Едемская О.В. 31
Ежов В.Г. 57
Елисеев Г.В. 58
Ёлкин В.А. 75
Енгибарян М.А. 26, 35, 47, 78
Епишев В.В. 37,
Ермаков В.Е. 66,
Ермакова К.В. 26, 30
Ерохов С.В. 81
Жаврид Э.А. 73
Жаринова А.С. 37
Жеравин А.А. 32, 58
Жеребцова В.А. 27
Жуковец А.Г. 13, 33, 52
Завалишина Л.Э. 24, 56
Задеренко И.А. 35
Зайцев А.М. 52, 53
Зайцев А.М. 53
Закора Г.И. 73
Зельчан Р.В. 17, 30
Зенкова А.В. 68
Зинкевич И.В. 66
Зинченко С.В. 27, 78
Златник Е.Ю. 73
Зоркина Ю.Н. 16, 25, 70
Зотов О.А. 60
Зуйков К.С. 61
Исаев П.А. 27
Казакевич В.И. 67
Какурина Г.В. 74
Капинус В.Н. 27
Каплан М.А. 27
Капуцкий Ф.Н. 73
Караян А.С. 36
Карпенко А.В. 44
Карпинская Е.В. 21
Карпова Е.С. 81
Картовещенко А.С. 80
Касюк А.А. 13
Катеруша Е.И. 17
Кирпа Е.А. 68
Киселев И.Л. 56, 71
Киселева Е.С. 75,
Киселева М.П. 26, 30
Клишо Е.В. 74
Клочихин М.А. 45
Кобликов В.В., 14
Ковалёв О.А. 47
Ковтуненко А.В. 74
Ковязин В.А. 80
Кожанов Л.Г. 57, 58
Козаренко Т.М. 17
Колбанов К.И. 61, 80
Комаров А.В. 19
Кондакова И.В. 74
Кондратьева Т. 17
Кондрашин С.А. 14
Конапацкова О.М. 17
Корицкий А.В. 28, 39, 61, 68
Корниецкая А.Л. 23
Королев В.Н. 61
Короткевич Е.А. 73,
Кравцов С.А. 23, 36
Кравченко Д.А. 17
Красавина Е.А. 36, 50
Крехно О.П. 66, 67
Кропотов М.А. 30
Крылов В.В. 19
Кубасова И.Ю. 26
Кузьмичёв А.С., 65, 69
Кулаев К.И. 61
Кулакова Н.М. 49
Кульбакин Д.Е. 58
Курганский Я.В. 29
Куржупов М.И. 52
Кутубулатова Е.В. 79
Кучерова Т.Я. 82
Кушхов О.А. 57
Лазарев А.Ф. 13, 16, 25, 47, 70, 72
Лазарев А.Ю. 47, 52
Ларин Р.А. 59
Ларионов Л.П. 73
Левкович В.В. 53
Ли Со Хи 18
Липская Е.В. 70
Лошаков В.А. 52
Лунёва С.В. 58
Малахова Е.В. 74
Мамедов У.С. 59
Мамонтов А.С. 55, 64, 79
Маньковская С.В. 66
Мардынский Ю.С. 55
Мартыненко В.Ф. 60
Марченко К.С. 66
Матвеева З.С. 69
Матвеев А.А. 66
Матвиенко К.Н. 25, 70
Маторин А.П. 40
Маторин О.В. 28, 29, 36, 38, 39, 40, 68
Матякин Е.Г. 30
Махотин А.А. 21
Медведев В.А. 66
Медведев В.С. 27
Меерович Г.А. 26
Меньшиков К.Ю. 21, 58
Миланов Н.О. 36
Минайло И.И. 52
Минаков А.А. 71
Минакова Е.С. 57
Митина Л.А. 20
Митрохин С.Д. 50
Моисеева О.И. 52
Мусабаева Л.И. 25, 26, 82
Мутасов А.Г. 29
Мухамедов М.Р. 21, 58
Надточий А.Г. 80
Назарян Д.Н. 36
Нечай А.И. 81
Новиков В.А. 50
Новиков В.А. 53
Новожилова Е.Н. 48,
Оборотова Н.А. 26, 30
Овчинников И.А. 43, 80
Олейник Н.И. 19
Ольшанский В.О. 48, 49, 55, 79

- Опенко Т.Г. 79, 80
Орлова О.Л. 30
Осипова Н.А. 77, 78
Ошарин В.В. 52
Павлов Л.Ю. 65
Павлова И.Н. 17
Павлова О.А. 27,
Павлов П.В. 81
Павловская А.И. 30
Панкова О.В. 21
Панкратов В.А. 24, 29, 55
Панов Е.Д. 57
Панова И.Е. 26, 46
Панченко В.В. 45
Перельгин В.И. 29
Пестовский Ю.С. 74
Петров А.Н. 45
Петрова Л.Н. 37
Петрушкина Н.Н. 22
Пикин О.В. 61, 80
Пилипюк Д.Н. 37
Пилипюк Н.В. 37
Пинский С.Б. 13
Письменный В.И. 37, 49, 60
Плескач М.В. 66
Подлесных Н.И. 24
Подоскин А.А.
Полозкова А.П. 30
Полькин В.В. 27
Поляков А.П. 31, 34, 36, 38,
39, 40, 41, 45
Поляков П.Ю. 24, 27, 28
Пономарев И.В. 35
Пославская А.В. 74,
Пульникова Л.Н. 53
Пустовая И.В. 47
Раджапова М.У. 27
Ратушная В.В. 20,
Ратушный М.В. 36, 38, 39, 40,
42, 43, 44, 75
Ребрикова И.В. 40
Решетов И.В. 18, 19, 20, 28,
29, 31, 34, 36, 38, 39, 40,
41, 42, 43, 48, 49, 53, 55,
57, 59, 61, 66, 67, 68, 75
Ровенских Д.Н. 21
Рогаткин Д.А. 24, 27, 28
Рогинский В.В. 43, 80
Родичев А.А. 19
Рожнов В.А. 29, 55
Роман Л.Д. 44
Романищев В.Е. 71
Романов И.С. 30
Романова Е.С. 58
Романчишен А.Ф. 15, 65, 68,
69, 70, 81
Ронь Г.И. 73
Ротин Д.Л. 19, 21, 53
Рудык А.Н. 27, 78
Рыболовлев А.В. 22
Рябова А.И. 53
Рязанцева А.А. 56
Саакян С.В. 24
Савенок Э.В. 57,
Савостикова М.В. 14,
Сакович В.П. 47, 52
Самсонова О.А. 16, 25, 70
Сапожкова Л.П. 14
Саратовцев Д.М. 36
Светицкий А.П. 73
Светицкий П.В. 26, 44, 73
Сдвижков А.М. 36, 58
Севрюков Ф.Е. 34, 44, 61, 64,
66, 67, 75
Седых С.А. 45
Селиванова Т.П. 14
Семак И.А. 52
Семенова Л.Е. 46
Семенова Л.Е. 26
Семилеткина Е.Ю. 81
Сергеев С.А. 50, 71
Сергеев С.С. 50, 71
Серёгин С.С. 19
Сережко Ю.А. 17
Сибгатуллин Р.Р. 44
Сивкович О.О. 31, 62
Симонова Г.И. 79, 80
Синилкин И.Г. 17, 58
Синицын Н.И. 75
Славнова Е.Н. 14, 15, 18
Слобина Е.Л. 52
Смеянович А.Ф. 73
Смирнов В.А. 37
Смирнова З.С. 26, 30
Родионова Ю.В. 30
Смирнова С.В. 81
Соколов А.А. 50
Соколов В.В. 56, 57, 58, 81
Соколов Ю.Ю. 80
Солдатский Ю.Л. 80
Спиченкова И.С. 27
Спиченкова О.Н. 19
Степанов С.О. 20
Степанова А.С. 16
Степанян М.А. 21, 53, 54
Суворов А.П. 75
Суворов С.А. 75
Сулацкая Е.Ю. 37
Суркова П.В. 17, 30, 53, 58
Суровцев И.Ю. 61
Сухарев С.С. 18, 42, 43
Сыркашев В.А. 53
Сычов М.Д. 71
Танеева А.Ш. 35
Танин А.Л. 73
Текутов А.Н. 66
Телегина Л.В. 57
Тицкая А.А. 17
Трахтенберг А.Х. 61, 80
Трофимов Е.И. 31, 36, 62
Тугулукова А.А. 14
Туманян С.В. 81
Тычинский В.П. 18
Тюрина Н.Г. 27
Филоненко Е.В. 52, 68, 81
Филюшин М.М. 36, 38, 39, 42,
43, 44, 45, 48, 49, 75
Фролов А.С. 66
Фролова И.Г. 30, 53, 58
Фуки Е.М. 31, 62
Хамидуллин Р.Г. 27, 78
Хвостовой В.В. 19, 56, 71, 77
Хороненко В.Э. 77
Хотеев А.Ж. 50
Чеботарев С.Я. 54
Чеботарева И.В. 19
Черкаев В.А. 21, 53, 54
Черемисина О.В. 21, 58, 74
Черниченко А.В. 24, 31, 56
Чернов В.И. 17, 30
Чернышев В.А. 27, 78
Чижевская С.Ю. 17, 30, 31, 74
Чикин В.Н. 79
Чиссов В.И. 31, 36, 45
Чистяков А.Л. 45
Чойнзонов Е.Л. 17, 25, 26, 30,
31, 32, 36, 74, 82
Чуманихина Н.С. 44
Чухловин А.Б. 65
Шанько Ю.Г. 73
Шахов А.В. 59
Шевела А.И. 21
Шевченко С.П. 21
Шевчук Г.И. 66
Шишканов А.В. 35
Шишкин Д.А. 32, 74
Штанский Д.В. 42, 43
Штин В.И. 50
Шубина А.М. 27
Щербина В.Г. 29
Юдин А.Л.
Юркштович Т.Л. 73
Яйцев С.В. 15, 26, 46
Яковлева Л.П. 30