

TUMORS



МАТЕРИАЛЫ V КОНГРЕССА

РОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО ОПУХОЛЯМ ГОЛОВЫ И ШЕИ

2019

HEAD
and NECK
TUMORS



МАТЕРИАЛЫ

V конгресса

**Российского общества
специалистов
по опухолям головы и шеи**

29–30 марта

Москва • 2019

Содержание

Список сокращений	5
<i>А.М. Аванесов, Е.Н. Гвоздикова, Л.В. Санеева</i>	
Анализ современных статистических данных российских и зарубежных источников по онкологическим заболеваниям полости рта	5
<i>А.М. Аванесов, Е.Н. Гвоздикова, Д.А. Хайдар</i>	
Сравнительная оценка качества жизни у пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта, получающих противоопухолевое лечение на фоне применения различных препаратов местного действия	5
<i>А.М. Аванесов, Ю.Г. Седов</i>	
Применение конусно-лучевой компьютерной томографии в диагностике осложнений противоопухолевого лечения	7
<i>Г.Ф. Аллахвердиева, Г.Т. Синюкова, В.Н. Шолохов, О.А. Саприна, Т.Ю. Данзанова, Е.А. Гудилина, Е.В. Ковалева</i>	
Современные возможности ультразвуковой диагностики при опухолях ротоглотки	7
<i>А.З. Альмяшев, Р.А. Альмяшева</i>	
Диссеминация дифференцированного рака щитовидной железы с редкой локализацией метастазов: анализ клинического наблюдения	8
<i>Р.А. Альмяшева, А.З. Альмяшев</i>	
Таргетная терапия 2 линий у пациента с первично-метастатическим радиодрейфрактерным дифференцированным раком щитовидной железы: первый опыт в Республике Мордовия	10
<i>Д.Н. Ахмедин, А.К. Макишев, Р.К. Тулеубаев, К.А. Жакипбаев, И. Рутжанулы</i>	
Выбор варианта замещения дефекта глотки при хирургическом лечении местно-распространенного рака гортаноглотки	11
<i>Р.Г. Биктимиров, А.М. Киселев, М.С. Бунак</i>	
Светлоклеточная менингиома головного мозга	12
<i>Р.Г. Биктимиров, А.М. Киселев, М.С. Бунак</i>	
Хирургические особенности лечения фалькс-менингиом	12
<i>В.Ж. Бржезовский, Д.К. Стельмах, Р.А. Хасанов</i>	
Редкое наблюдение амелобластического рака нижней челюсти	13
<i>А.С. Бучака, И.Л. Плакса, Н.В. Швед, Р.В. Деев, Н.А. Савёлов</i>	
Клинико-морфологический анализ 2 случаев аналога секреторной карциномы молочной железы из слюнных желез, ассоциированных со слиянием генов <i>ETV6–NTRK3</i>	14
<i>К.В. Вабалайте, А.Ф. Романчишен</i>	
Повторные лимфаденэктомии у больных тиреоидным раком	15
<i>К.В. Вабалайте, А.Ф. Романчишен, И.В. Зайцева</i>	
Метастаз папиллярного рака щитовидной железы в подмышечные лимфатические узлы – ухудшение прогноза? (Клиническое наблюдение)	15
<i>Р.Ф. Гайнутдинова, М.Г. Тухбатуллин</i>	
Гистиоцитома орбиты	16
<i>Р.Ф. Гайнутдинова, Е.А. Фадеева</i>	
Возможности местного лечения базальноклеточного рака кожи век	16
<i>А.А. Ганиев, С.З. Абдурахманов</i>	
Эпидемиология рака полости рта и ротоглотки в Ташкентской области	17
<i>А.А. Ганиев, А.Н. Абдихакимов, У.И. Исаев</i>	
Основные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями орофарингеальной области в Республике Узбекистан	18
<i>А.А. Ганиев, П.В. Светицкий, Б.Н. Жураев</i>	
Хирургическое лечение при раке задних отделов полости рта и ротоглотки III–IV стадии	18
<i>А.К. Гварамия, О.И. Кит, М.А. Енгибарян, М.А. Черкес, Н.А. Чертова</i>	
Использование суперселективной химиоэмболизации в лечении больных с местно-распространенными формами рака языка	19
<i>Т.В. Горбунова, А.Д. Родина, Н.В. Иванова, Р.В. Шишков, И.В. Глеков, В.Г. Поляков</i>	
Клинические наблюдения детей с редкими саркомами костей и мягких тканей верхних дыхательных путей	20
<i>А.Ю. Григорчук, Д.В. Базаров, М.А. Выжигина</i>	
Гигантская опухоль щитовидной железы с вращением в трахею и пищевод: спустя 5 лет после пластических операций на трахее и пищеводе	20
<i>М.М. Давудов, Ч.Р. Рагимов, И. Херирчи, Х.Р. Фатхи</i>	
Результаты операции с использованием свободных лоскутов при наличии послеоперационных дефектов тканей головы и шеи	21
<i>Н.А. Дайхес, В.В. Виноградов, А.С. Коробкин, А.И. Гафурова, С.С. Решульский</i>	
Возможности ультразвукового исследования гортани и гортаноглотки в диагностике рака	21

Содержание

<i>М.Г. Джумаев, А.Я. Бяшимов</i> Гиперфракционная лучевая терапия местно-распространенного рака органов полости рта	22
<i>М.Г. Джумаев, А.Я. Бяшимов, С.В. Авдеев, М.К. Ялкапова, М.Н. Мухаммедов</i> Химиолучевая терапия рака органов полости рта и ротоглотки	22
<i>Д.Д. Долидзе, Р.Б. Мумладзе, А.В. Варданян, И.Н. Лебединский, К.В. Мельник, Н.Н. Гогитидзе</i> Прецизионный подход в профилактике поврежденных возвратных гортанных нервов при расширенных вмешательствах на щитовидной железе	23
<i>Д.Л. Ена, Д.П. Александров, Е.Н. Кузьмин</i> Анализ статистических показателей заболеваемости раком гортани в 2017 г. в Республике Беларусь	23
<i>М.А. Енгибарян, И.В. Решетов, О.И. Кит</i> Тактические подходы к лечению местно-распространенных злокачественных опухолей орбитальной области	24
<i>Н.В. Иванова, В.Г. Поляков, Р.В. Шишков</i> Частота осложнений после тиреоидэктомии с шейной лимфодиссекцией у детей, больных раком щитовидной железы	24
<i>Г.В. Какурина, О.В. Черемисина, И.В. Кондакова, Е.Л. Чойнзонов</i> Взаимосвязь уровня экспрессии матричной РНК кальпаинов 1 и 2 с уровнем экспрессии генов белков клеточной подвижности	25
<i>Л.Г. Кожанов, М.В. Мулярец, А.Л. Кожанов</i> Эхосонография при раке гортани	26
<i>А.Ю. Кугушев, А.В. Лопатин, С.А. Ясонов, Д.В. Рогожин</i> Фиброзно-костные поражения костей черепа у детей	26
<i>Д.Е. Кульбакин, Е.Л. Чойнзонов, М.Р. Мухамедов</i> Использование медиального перфорантного сурального лоскута в реконструкции языка после его частичной резекции	27
<i>В.А. Лобко, О.Г. Сукошко, Ж.В. Колядич, Е.Н. Кузьмин, С.Г. Можейко, М.Н. Макаревич, В.В. Неумержицкий</i> Челюстно-лицевое протезирование как компонент медицинской реабилитации онкологических пациентов с послеоперационными дефектами костей лицевого скелета	27
<i>С.А. Лукьянов, С.В. Сергийко, С.Е. Титов, Ю.А. Веряскина, А.В. Важенин</i> Экспрессия онкогенных и онкосупрессорных микроРНК в медулярном, папиллярном раке и узловых образованиях щитовидной железы	28
<i>С.А. Лукьянов, С.В. Сергийко, С.Е. Титов, Ю.А. Веряскина, А.В. Важенин, А.Б. Семенова, Т.В. Веретенникова</i> Прогностическая оценка агрессивности папиллярного рака щитовидной железы на основании экспрессии различных микроРНК	29
<i>О.А. Меркулов, Д.А. Булетов, Т.В. Горбунова, В.Г. Поляков</i> Наш опыт применения трансназальной эндоскопической хирургии в комплексном лечении детей с новообразованиями параменингеальной локализации	29
<i>А.В. Михайлов, Н.А. Воробьев, Н.И. Мартынова, Ю.В. Гуцало, Д.А. Антипин, Р.Ф. Миндиярова, Р.В. Фролов</i> Повторная лучевая терапия при рецидивах и вторых первичных опухолях головы и шеи: опыт отдельной клиники	30
<i>Ш.И. Мусин, С.В. Осокин, А.А. Смольников, А.В. Султанбаев, М.М. Замитов, М.А. Вахитов, В.В. Ильин</i> Роль размера опухоли и глубины ее инвазии в метастазировании рака полости рта cT1–2N0M0	31
<i>В.В. Назарова, И.В. Цыганова, И.А. Утяшев, К.В. Орлова, Д.В. Мартынков, Л.В. Демидов, Н.Н. Мазуренко</i> Уvealная меланома: генетический анализ и лечение	31
<i>М.В. Неклюдова, Р.Р. Агеев, И.И. Иванов, Е.В. Косова, С.С. Агафонов</i> Опыт бужирования шейного отдела пищевода в хирургическом аспекте восстановления или улучшения голосовой функции пациентов после ларингэктомии с трахеопищеводным шунтированием	32
<i>Н.А. Огнерубов</i> Ятрогенная преступность: необходимость теоретического исследования и законодательной регламентации	32
<i>Н.А. Огнерубов, Т.С. Антипова, Г.Е. Гумарева, В.Л. Чанг, С.В. Барсуков</i> Вторичные поражения щитовидной железы	34
<i>С.В. Осокин, Ш.И. Мусин, Т.Г. Яценко, А.В. Султанбаев, М.М. Замитов, М.А. Вахитов, В.В. Ильин, А.А. Смольников</i> Биопсия сигнальных лимфатических узлов шеи для определения субклинических метастазов при раке полости рта cT1–2N0M0	34
<i>Т.В. Остринская, Д.А. Алексеева, А.Н. Красноумов, В.Н. Вавилов, А.В. Шатравка</i> Хирургическое лечение регионарных метастазов опухолей головы и шеи с поражением сонных артерий	35
<i>Ю.А. Панасейкин, Ф.Е. Севрюков, М.А. Каплан, В.Н. Капинус, И.С. Спиченкова, Г.А. Давыдов</i> Комбинированное органосохраняющее лечение рака слизистой оболочки полости рта начальных стадий при помощи фотодинамической терапии с биопсией сигнального лимфатического узла	36
<i>В.С. Паршин, А.А. Веселова</i> Ультразвуковые признаки метастазов папиллярного рака щитовидной железы	37

Содержание

<i>И. В. Письменный, В. И. Письменный</i>	
Оперативное лечение рака языка, полости рта, ротоглотки	37
<i>В. И. Письменный, И. В. Письменный, Е. П. Кривошеков</i>	
Трахеостомия: детализированный подход в хирургической практике рака органов головы и шеи	38
<i>В. В. Полькин, Ф. Е. Севрюков, В. С. Медведев, Д. Ю. Семин, П. А. Исаев, Д. Н. Дербугев, С. В. Васильков, Ю. А. Панасейкин, П. И. Спирин</i>	
Место сочетанной лучевой терапии в лечении плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта	38
<i>А. П. Поляков, М. В. Ратушный, И. В. Решетов, О. В. Маторин, И. В. Ребрикова</i>	
Многофакторный анализ эффективности микрохирургической реконструкции лицевого скелета	39
<i>А. П. Поляков, И. В. Ребрикова, М. В. Ратушный, О. В. Маторин, М. М. Филюшин, А. Л. Сугаинов, А. В. Мордовский</i>	
Спасительная хирургия при лечении пациентов с местно-распространенными опухолями полости рта	40
<i>А. П. Поляков, А. Л. Сугаинов, М. В. Ратушный, О. В. Маторин, И. В. Ребрикова, М. М. Филюшин, А. В. Мордовский</i>	
Эндоларингеальная резекция гортани при ранних стадиях рака (T1–2N0M0) с предоперационной и интраоперационной фотодинамической диагностикой	40
<i>И. Н. Пустынский, Е. В. Кива, А. С. Дворников</i>	
Отдаленные результаты криодеструкции первичных и рецидивных форм рака кожи головы и шеи	41
<i>И. В. Решетов, Н. С. Сукорцева, Д. С. Святославов, А. А. Шевалгин, П. А. Насилевский</i>	
Робот-ассистированная хирургия щитовидной железы	42
<i>А. Д. Родина, Т. В. Горбунова, Н. В. Иванова, Д. А. Булетов, Р. В. Шишков, В. Г. Поляков</i>	
Микрохирургическая реконструкция органов полости рта функциональными аутотрансплантатами у онкологических больных	43
<i>И. В. Решетов, А. А. Шевалгин, А. А. Ростов</i>	
Опыт лечения детей с эстезионеробластомой в НИИ детской онкологии и гематологии (1969–2018 гг.)	43
<i>А. Н. Рудык, Е. И. Сигал, Т. Л. Шаратов, Р. Г. Хамидуллин, М. В. Бурмистров</i>	
Эзофагэктомия с резекцией глотки при комбинированном лечении местно-распространенного рака шейного отдела пищевода	44
<i>Е. В. Рябченко, С. В. Атаманская</i>	
Высокодифференцированный рак щитовидной железы после гемитиреоидэктомии: тактика ведения	44
<i>Э. В. Савенок, М. В. Рыбалова, О. В. Мануковская, Е. С. Минакова, Е. Д. Панов</i>	
Особенности диагностики больных с метастазами плоскоклеточного рака в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага	45
<i>П. В. Светицкий, В. Л. Волкова, И. В. Аединова</i>	
Реконструктивная операция у больных раком гортани	45
<i>Н. В. Северская, А. П. Шинкаркина, А. А. Ильин, П. А. Исаев, Н. В. Желонкина, Д. Н. Дербугев, Д. Ю. Семин, И. В. Чеботарева, Ф. Е. Севрюков</i>	
Результаты молекулярно-генетического тестирования 263 больных медуллярным раком щитовидной железы	46
<i>А. В. Семенов, М. У. Раджапова, И. А. Гулидов</i>	
Оценка непосредственной эффективности и ранней токсичности лучевой терапии локализованного рака органов головы и шеи в режиме ускоренного фракционирования	46
<i>Е. Н. Славнова, А. П. Поляков, П. А. Никифорович</i>	
Определение вирусной инфекции при плоскоклеточном раке тканей головы и шеи	47
<i>А. И. Стукань, В. А. Порханов, В. Н. Бодня, Р. А. Мурашко</i>	
Маркеры апоптоза и пролиферации и их связь с p16⁺-статусом опухоли при плоскоклеточном раке ротоглотки и тела языка	48
<i>М. С. Тигров, Л. П. Яковлева, М. А. Кропотов, П. А. Гавришук, А. В. Ходос</i>	
Центральная шейная лимфодиссекция при хирургическом лечении папиллярного рака щитовидной железы	48
<i>Т. Л. Ушакова, О. В. Горовцова, А. Х. Бекяшев, Т. Г. Гаспарян, Ю. В. Артеменко, И. В. Глеков, В. Г. Поляков</i>	
Злокачественная медуллоэпителиома зрительного нерва с внутриглазным распространением, симулирующая ретинобластому: клинический случай	49
<i>А. С. Фенькина, В. С. Паршин</i>	
Ультразвуковая дифференциальная диагностика папиллярного рака щитовидной железы и коллоидного узла размером до 1 см	50
<i>Е. М. Фуки, Е. И. Трофимов, Р. И. Губеев</i>	
Методы профилактики нарушения голоса при экстрафасциальных операциях на щитовидной железе	50
<i>А. М. Хабазова, В. В. Виноградов, С. С. Решульский</i>	
Комплексная реабилитация пациентов после ларингоэктомии	51
<i>В. В. Хвостовой, А. С. Марусенко, П. В. Решетник</i>	
Диагностические возможности ПЭТ–КТ при раке щитовидной железы	51
<i>Н. Д. Чучуева, И. В. Решетов, В. М. Свистушкин</i>	
Комбинированное применение узкоспектральной и контактной эндоскопии в диагностике новообразований гортани	52

Список сокращений

ВПЧ – вирус папилломы человека

КТ – компьютерная томография

ЛТ – лучевая терапия

ЛУ – лимфатические узлы

МРТ – магнитно-резонансная томография

ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография

РЙТ – радиоiodтерапия

РФП – радиофармацевтический препарат

РЩЖ – рак щитовидной железы

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФДТ – фотодинамическая терапия

ХЛТ – химиолучевая терапия

ХТ – химиотерапия

ЩЖ – щитовидная железа

Анализ современных статистических данных российских и зарубежных источников по онкологическим заболеваниям полости рта

А.М. Аванесов^{1,2}, Е.Н. Гвоздикова^{1,2}, Л.В. Санеева²

¹ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»

Минздрава России, Москва;

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

Введение. По данным различных авторов, онкологические заболевания полости рта возникают редко: на них приходится 2–4 % случаев выявленной онкопатологии (А.И. Пачес, 1983) — это 11-е место в мире по распространенности. Тем не менее из-за низкого качества диагностики данные опухоли отличаются высокой летальностью — до 40,8 % (Ю.П. Чернявский, 2011), поскольку примерно 50 % пациентов на момент постановки диагноза уже имеют III–IV стадию заболевания (А.В. Зырянов, 2017). Проведение хирургических вмешательств пациентам с запущенными новообразованиями связано с обезображиванием больных, возникновением у них психологической травмы и снижением качества жизни пациента и его работоспособности. Усовершенствование диагностики, статистического учета и мониторинга пациентов может способствовать улучшению ситуации в данной области.

Цель исследования — проведение статистического анализа онкологических заболеваний полости рта и разработка четких критериев, позволяющих выявлять различные виды онкологических заболеваний на ранней стадии развития, что приведет к снижению уровня запущенности и смертности, а также будет способствовать увеличению 5-летней выживаемости и улучшению качества жизни пациентов после оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ статистических данных из различных российских и зарубежных источников.

Результаты. К сожалению, недостаточное количество данных (S. Sharma, 2018) затрудняет раннее выявление онкологических заболеваний и устранение факторов, препятствующих диагностике того или иного вида новообразований на ранней стадии его развития.

Выводы. С точки зрения онкологической настороженности современную систему статистического учета необходимо совершенствовать и дальше.

Сравнительная оценка качества жизни у пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта, получающих противоопухолевое лечение на фоне применения различных препаратов местного действия

А.М. Аванесов, Е.Н. Гвоздикова, Д.А. Хайдар
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва;

ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики»
Минздрава России, Москва

Цель исследования — оценить эффективность предлагаемых схем профилактики и лечения оральных мукозитов у пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта на основе субъективной оценки качества жизни с помощью опросника.

Материалы и методы. В исследование было включено 59 пациентов с диагнозом плоскоклеточного рака ротофарингеальной области, получающих дистанционную лучевую терапию (ЛТ) на базе отделения лучевой терапии ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава России с 2015 по 2018 г. Пациенты были разделены на 2 группы. У пациентов 1-й группы ($n = 30$) для профилактики и лечения оральных мукозитов использовали орошение рта растворами антисептиков (хлоргексидин, мирамистин, оки и др.) и олеотерапию, у пациентов 2-й группы ($n = 29$) — препараты пролонгированного действия на растительной основе «Тонзилал» и пластины «ЦМ-1». Оценку качества жизни онкологических пациентов проводили с помощью EORTC QLQ-C30 — опросника Европейской организации по исследованию и лечению рака, содержащего 30 вопросов, 5 функциональных параметров и параметры общего качества жизни, еженедельно при систематических стоматологических осмотрах при суммарной очаговой дозе 0 (до начала ЛТ), 10, 20, 30, 40, 50 Гр.

Результаты. У всех пациентов качество жизни снижалось на протяжении всего курса ЛТ, но у пациентов 2-й группы первые жалобы на симптомы мукозита, снижающие качество жизни, появились при использовании дозы 10–16 Гр ($p < 0,05$), в отличие от 1-й группы, где они имели место уже после первых процедур облучения и нарастали более интенсивно ($p < 0,05$).

Выводы. Применение для профилактики и лечения оральных мукозитов препаратов растительного происхождения более эффективно по сравнению с традиционными орошениями рта антисептическими растворами. Исследование качества жизни дополняет клинические данные о характере воздействия болезни

и процесса лечения на жизнь пациента, не противопоставляясь клиническим эффектам.

Применение конусно-лучевой компьютерной томографии в диагностике осложнений противоопухолевого лечения

А.М. Аванесов, Ю.Г. Седов

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,
Москва

Введение. В стоматологической практике одним из распространенных методов лучевой диагностики является конусно-лучевая компьютерная томография (КТ). Данный метод обладает высокой разрешающей способностью (размер вокселя составляет от 0,1 мм) и низкой лучевой нагрузкой (30–120 мкЗв). После проведения курса химиотерапии (ХТ), а также ЛТ нередко возникают осложнения в виде медикаментозно-индуцированного остеонекроза и/или остеорадионекроза. Диагностикой этих патологий, помимо врачей-онкологов, должен заниматься и врач-стоматолог.

Цель исследования – оценить эффективность применения конусно-лучевой КТ в диагностике осложнений противоопухолевого лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты конусно-лучевой КТ у 20 пациентов обоих полов, имеющих осложнения после противоопухолевого лечения, проведенного на базе ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии». Томографические данные получали в виде DICOM-файлов на CD-дисках, которые в последующем обрабатывали в специализированной программе i-CAT Vision.

Результаты. В 100 % случаев анализ данных конусно-лучевой КТ позволил определить рентгенологическую картину, характерную для изменений, связанных с проявлениями осложнений противоопухолевого лечения, в виде бисфосфонатного и лучевого остеонекроза челюстей. Однако было отмечено, что из-за отсутствия калибровки по шкале Хаунсфилда невозможно полностью оценить состояние кортикального и губчатого вещества по классификации Lekholm и Zarb. Таким образом, в ряде случаев имелись сложности с визуализацией формирования и расположения секвестров на изображении.

Выводы. Отмечены высокая чувствительность и низкая лучевая нагрузка конусно-лучевой КТ в диагностике осложнений противоопухолевого лечения. Конусно-лучевая КТ может быть рекомендована для врачей-стоматологов, онкологов, рентгенологов и биохимиков в качестве дополнения к обязательному клиническому осмотру при окончательной постановке диагноза.

Современные возможности ультразвуковой диагностики при опухолях ротоглотки

Г.Ф. Аллахвердиева, Г.Т. Синюкова,
В.Н. Шолохов, О.А. Саприна, Т.Ю. Данзанова,
Е.А. Гудилина, Е.В. Ковалева
ФБГУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России, Москва

Введение. Во всем мире отмечается рост заболеваемости раком ротоглотки. Эпидемиология рака ротоглотки связана с вирусом папилломы человека (ВПЧ), который ассоциирован прежде всего с эпителием небных миндалин и корня языка. Особенности эпидемиологии рака ротоглотки привели к увеличению числа молодых пациентов с многообещающими результатами выживания, но отдаленные последствия ЛТ, включая дисфагию, стриктуры, кариес зубов и инсульт, значительно ухудшают качество жизни у этой группы больных. Таким образом, растет интерес к менее агрессивной и активной терапии для снижения частоты отдаленных побочных эффектов без ущерба для выживаемости.

В настоящее время нет легкодоступного атравматичного метода диагностики для надежной и точной оценки опухолей орофарингеальной области. Во многих исследованиях авторы подчеркивают высокий потенциал ультразвуковой томографии в диагностике опухолей ротоглотки, но в то же время отмечают, что этот метод имеет свои недостатки, такие как сложность визуализации орофарингеальной области, нечеткость получаемых изображений, размытость границ опухоли. В последнее время целый ряд европейских авторов сообщают о том, что объем первичной опухоли глотки является не менее важным независимым прогностическим фактором, чем стадия по системе TNM. Авторами установлено пороговое значение объема опухоли 30 см³. Оценка эффекта лечения у таких больных раком ротоглотки проводится клинически, а также с применением известных методов лучевой диагностики, таких как рентгеновская КТ, позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), совмещенная с КТ, и магнитно-резонансная томография (МРТ). Не определены возможности ультразвуковой диагностики в оценке эффективности противоопухолевого лечения у больных с опухолями ротоглотки.

Цель исследования – определение возможностей ультразвукового исследования (УЗИ) в оценке эффективности противоопухолевого лечения у больных раком ротоглотки.

Материалы и методы. В исследование включены 98 пациентов с опухолями ротоглотки в возрасте от 20 до 78 лет (27 (27,5 %) женщин, 71 (72,5 %) мужчина). Во всех случаях была проведена гистологическая

верификация диагноза. Тридцати двум пациентам на 1-м этапе лечения выполнили операцию. В задачи УЗИ входили выявление опухоли, определение ее размеров (объема), семиотических признаков, вовлечения в процесс окружающих структур и органов, оценка регионарных лимфатических узлов (ЛУ) шеи. Полученные данные сравнивали с результатами эндоскопического исследования, рентгеновской КТ, МРТ и гистологического исследования после операции. Верификацию опухоли ротоглотки проводили путем биопсии во время эндоскопического исследования. У 66 (67,3 %) пациентов на 1-м этапе была выполнена индукционная ХТ с последующей последовательной химиолучевой терапией (ХЛТ). У этих пациентов эффект противоопухолевого лечения оценивали после 2 курсов индукционной ХТ. Были оценены изменения объема опухоли ротоглотки, ее структуры, характера и интенсивности васкуляризации, а также количество и размеры метастатически измененных ЛУ.

Результаты. Были получены значения точности измерения объема первичных и рецидивных опухолей ротоглотки при УЗИ – 70 и 62,5 % соответственно, точности определения распространенности опухолевого процесса (81,3 %) в сравнении с результатами гистологического исследования. При сравнении результатов УЗИ и рентгеновской КТ, МРТ данные были близки, разница между методами статистически не достоверна, таким образом, их результаты сопоставимы. При оценке эффективности противоопухолевого лечения данные УЗИ также были сопоставимы с результатами рентгеновской КТ и МРТ.

Выводы. УЗИ является доступным, легко воспроизводимым методом диагностики, не несущим лучевой нагрузки, который может быть использован для диагностики и оценки противоопухолевого лечения у больных с опухолями ротоглотки.

Диссеминация дифференцированного рака щитовидной железы с редкой локализацией метастазов: анализ клинического наблюдения

А.З. Альмяшев, Р.А. Альмяшева
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск

Пациентка К.А.В., 46 лет, 1972 г.р., поступила на хирургическое лечение в ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер» с диагнозом: «Дифференцированный рак щитовидной железы (РЩЖ), II стадия, II клиническая группа (T4aN0M0 по TNM-7). Состояние после хирургического лечения от 07.11.2010 и 18.01.2011, со-

стояние после 6 курсов радиойодтерапии (РЙТ) от 07.06.2011, 03.10.2011, 23.01.2012, 14.06.2012 и 19.12.2012. Прогрессирование (2016 г.): метастазы в мягкие ткани волосистой части головы. Состояние после хирургического лечения от 12.12.2016 – иссечения метастаза в мягкие ткани волосистой части головы. Прогрессирование (2017 г.): повторное метастазирование в кожу волосистой части головы. Состояние после хирургического лечения от 21.11.2017 – иссечения метастаза в кожу волосистой части головы».

Больной себя считает с 2010 г., когда отметила увеличение щитовидной железы (ЩЖ) и появление чувства удушья в положении лежа. Обратилась в ГБУЗ «Республиканская клиническая больница №4» г. Саранска, где 17.11.2010 ей была выполнена паллиативная резекция ЩЖ с целью освобождения трахеи. При гистологическом исследовании заподозрен фолликулярный рак. Дообследована в ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер». Пациентка самостоятельно обратилась в ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница №62 Департамента здравоохранения г. Москвы». После обследования 18.01.2011 была выполнена тиреоидэктомия с удалением паратрахеальной клетчатки. Иммуногистохимическое исследование: раково-эмбриональный антиген⁺, хромогранин А⁺, синаптофизин⁻. Патологогистологическое заключение: морфологическая картина фолликулярного РЩЖ с поражением левой доли, инвазией капсулы ЩЖ и прорастанием за ее пределы в жировую клетчатку. В 3 ЛУ и прилежащей клетчатке признаков опухолевого роста не выявлено. В правой доле морфологическая картина хронического аутоиммунного тиреоидита, признаков опухолевого роста не выявлено. Рекомендовано лечение L-тироксином в супрессивной дозе (150 мкг/сут) и радиоактивным йодом.

07.06.2011 в ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава России проведена РЙТ: per os введен ¹³¹I активностью 2 ГБк. При контрольной сцинтиграфии визуализировалось накопление радиофармацевтического препарата (РФП) в проекции ложа ЩЖ в виде очага размером 48 × 42 мм и в проекции бифуркационных ЛУ в виде очага размером 42 × 39 мм. Включение в очаги – 30 % от счета всего тела. Стимулированный тиреоглобулин 200 нг/мл, антитела к тиреоглобулину 10 Ед/л.

03.10.2011 проведен 2-й курс РЙТ ¹³¹I активностью 4 ГБк. При контрольной сцинтиграфии визуализировалось накопление РФП в проекции шейных ЛУ. Стимулированный тиреоглобулин 140 нг/мл, антитела к тиреоглобулину не представлены.

23.01.2012 проведен 3-й курс РЙТ ¹³¹I активностью 4 ГБк. При контрольной сцинтиграфии визуализировались 2 очага накопления РФП: размером 26 × 26 мм в проекции ложа ЩЖ, с неровными ынечеткими контурами и размером 24 × 23 мм в ЛУ верхнего средостения. Включение в очаги – 1,4 % от счета всего тела.

Стимулированный тиреоглобулин 20 нг/мл, антитела к тиреоглобулину не представлены. КТ органов грудной клетки 24.05.2012: без динамики, в правом легком над диафрагмой единичные образования диаметром 4,7 и 6 мм (очаги Гона).

04.06.2012 проведен 4-й курс РЙТ ^{131}I активностью 5 ГБк. Контрольная сцинтиграфия: включение РФП в проекции ЛУ верхнего средостения в виде очага размером 30×23 мм. Включение в очаг — 0,3 % от счета всего тела. Стимулированный тиреоглобулин 29 нг/мл, антитела к тиреоглобулину не представлены.

19.12.2012 проведен 5-й курс РЙТ ^{131}I активностью 4,6 ГБк. Контрольная сцинтиграфия: включение РФП в проекции ложа ЩЖ, легких и скелете не определяется. Стимулированный тиреоглобулин 29 нг/мл, антитела к тиреоглобулину 8 Ед/л при уровне тиреотропного гормона 18 мМЕ/л.

Суммарная активность, полученная за 5 курсов РЙТ, составила 29,6 ГБк. В дальнейшем пациентка наблюдалась по месту жительства, получала супрессивную терапию L-тироксином.

В марте 2016 г. отметила появление новообразования на коже волосистой части головы, которое в дальнейшем было удалено хирургом по месту жительства как папиллома кожи. Гистологическое заключение № 531/1: морфологическая картина более всего соответствует росту низкодифференцированного рака, требуется иммуногистохимическое исследование.

Далее у пациентки отмечается появление 2-го очага на коже волосистой части головы в зоне операции. Рентгеновская КТ головного мозга, органов грудной клетки, брюшной полости (15.11.2016): данных, указывающих на объемное образование головного мозга, не выявлено. Рентгеновская КТ: признаки объемного образования мягких тканей правой теменной области (метастазы?). В паренхиме легких единичные мягкотканые очаги: диаметром 5,7 мм справа в средней доле, диаметром 4,4 мм в нижней доле, диаметром 4,9 мм слева в нижней доле. Шейные и медиастинальные ЛУ не увеличены. УЗИ ложа ЩЖ (01.12.2016): дополнительных образований в проекции ложа удаленной ЩЖ не выявлено, увеличения и структурных изменений регионарных ЛУ не выявлено. 12.12.2016 в ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница № 62 Департамента здравоохранения г. Москвы» выполнено иссечение опухолей волосистой части головы (в правой лобно-теменной и левой заушной областях). Гистологическое заключение № 16/3-129596: метастазы фолликулярного РЩЖ в коже волосистой части головы с инвазией в подкожную жировую клетчатку, апоневроз. Выполнена резекция в пределах неизменных тканей. Рентгеновская КТ органов грудной клетки (15.12.2016): единичные участки фокального уплотнения в легких могут соответствовать локальному фиброзу, нельзя исключить метастазы; точнее оценить сложно вследствие малого размера, рекомендован динамический

контроль. Гормональный тиреоидный статус (20.12.2016): тиреотропный гормон 0,03 мЕд/л (норма 0,2–4,0 мЕд/л), свободный тироксин 25,7 пмоль/л (норма 11–23 пмоль/л), тиреоглобулин 63,4 нг/мл (норма 0–70 нг/мл), антитела к тиреоглобулину 3,63 Ед/л (норма 0–30 Ед/л).

Медицинская документация пациентки консультирована зав. клиникой ядерной медицины ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России, д.м.н., проф. Д.К. Фоминым. Учитывая высокий уровень тиреоглобулина при отсутствии накопления РФП по данным посттерапевтической сцинтиграфии в декабре 2012 г. и наличие резистентности к терапии радиоактивным йодом (прогрессирование заболевания после 5 курсов РЙТ с суммарной активностью ^{131}I 29,6 ГБк), дальнейшее проведение РЙТ не показано. Рекомендованы продолжение терапии L-тироксином в супрессивном режиме и контроль уровней тиреотропного гормона, свободного тироксина, тиреоглобулина и антител к нему через 3 мес.

В дальнейшем пациентка наблюдалась по месту жительства, по представленным данным супрессивный режим терапии L-тироксином не соблюдался.

ПЭТ–КТ всего тела с ^{18}F -фтордезоксиглюкозой (16.11.2017): определяются очаги повышенного накопления ^{18}F -фтордезоксиглюкозы в единичных узловых образованиях кожи и подкожной жировой клетчатки левой теменно-затылочной области с SUV_{max} 3,63 (до 0,6 см). В легких единичные очаговые уплотнения. Накопление РФП отмечается только в наибольшем по размеру образовании (0,5 см) в S4 справа с SUV_{max} 1,46; в других очагах — наибольшем в S10 слева размером до 0,3 см и более мелких единичных в нижних долях обоих легких — ввиду их малых размеров оценить метаболическую активность не представляется возможным. Слева единичные надключичные ЛУ размерами до $0,7 \times 0,3$ см, с диффузным накоплением РФП до SUV_{max} 1,52.

21.11.2017 в ФГБУ «НМИЦ им Н.Н. Блохина» Минздрава России проведено иссечение метастазов в мягких тканях волосистой части головы. Гистологическое заключение № 45710: в подкожно-жировой клетчатке узлы, имеющие строение низкодифференцированного тиреоидного рака, в глубоком крае резекции отмечаются комплексы опухоли. Гормональный статус (29.11.2017): тиреотропный гормон 1,2 мЕд/л (норма 0,23–4,0 мЕд/л), свободный тироксин 12,62 пмоль/л (норма 10–23,2 пмоль/л), тиреоглобулин 439,2 нг/мл (норма 0–78), антитела к тиреоглобулину 32,32 Ед/л (норма 0–30). С учетом высокой экспрессии тиреоглобулина (439,2 нг/мл) и данных гистологического заключения от ноября 2017 г. рекомендована таргетная терапия мультикиназным ингибитором (сорафениб 400 мг 2 раза в сутки) по жизненным показаниям. Клинический диагноз: РЩЖ II стадии (T4aN0M0), метастазы в мягкие ткани затылочной области, II клиническая группа.

Оперирована 09.10.2018 в ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер», выполнено удаление метастаза мягких тканей затылочной области. Гистологическое заключение № 10923-20/2 от 16.10.2018: в исследуемом материале мелкие обрывки метастаза РЩЖ. Выписана в удовлетворительном состоянии на продолжение таргетной терапии мультикиназным ингибитором сорафенибом.

Таким образом, суммарно в послеоперационном периоде после тиреоидэктомии пациентка получила 5 курсов РЙТ с суммарной активностью ^{131}I 29,6 ГБк, но в последующем у нее реализовались отдаленные метастазы в кожу и мягкие ткани волосистой части головы, которые упорно рецидивировали и потребовали 4 операций по иссечению мягкотканых очагов. Радиойодрефрактерность потребовала перевода пациентки на терапию таргетным препаратом — мультикиназным ингибитором сорафенибом.

Таргетная терапия 2 линий у пациента с первично-метастатическим радиойодрефрактерным дифференцированным раком щитовидной железы: первый опыт в Республике Мордовия

Р.А. Альмяшева, А.З. Альмяшев
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск

Введение. РЩЖ занимает скромное место в общей структуре заболеваемости злокачественными опухолями в России: на его долю приходится 0,4–2,0 % всех злокачественных новообразований. РЩЖ является относительно редкой онкологической патологией у мужчин (1,2 % от всех злокачественных новообразований) по сравнению с женщинами (2 % от всех злокачественных новообразований). В 2017 г. в Республике Мордовия зафиксирован рост заболеваемости РЩЖ. Было выявлено 64 новых случая, что на 113 % больше, чем в 2016 г. (30 больных), из них 15 (23,4 %) — на поздних стадиях (в 2016 г. — 26,7 %). Ленватиниб рекомендован панелью экспертов National Comprehensive Cancer Network (США) в качестве предпочтительного препарата для лечения пациентов с радиойодрефрактерным дифференцированным РЩЖ. В исследовании M. Schlumberger и соавт. (2015), посвященном сравнению эффективности применения ленватиниба и плацебо у пациентов с радиойодрефрактерным высокодифференцированным РЩЖ, медиана выживаемости без прогрессирования у пациентов в 1-й группе соста-

вила 18,3 мес, частота объективного ответа — 65 % (включая 1,5 % полных ответов), среднее время до достижения объективного ответа — 2 мес, медиана продолжительности терапии — 13,8 мес. Из осложнений наблюдались гипертензия — 67,8 %, диарея — 59,4 %, утомляемость или слабость — 59 %, пониженный аппетит — 50,2 %, снижение массы тела — 46,4 %, тошнота — 41 %.

Цель исследования — показать особенности течения, диагностики и выбора методов лечения у пациента с первично-метастатическим высокодифференцированным РЩЖ, перенесшего РЙТ, 2 линии таргетной терапии и системную радиотерапию остеотропным препаратом ^{153}Sm -оксабифор.

Клиническое наблюдение. *Пациент Н.В.И., 27 лет, 1955 г.р., амбулаторная карта № 1489. Обратился в ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер» с жалобами на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи. УЗИ передней поверхности шеи (11.12.2012): узел размером 3,6 × 2,0 см в области перешейка ЩЖ, регионарные ЛУ не увеличены. 09.11.2012 выполнена тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия. Цитограмма: фолликулярная аденома левой доли ЩЖ, трудно исключить злокачественный процесс. Мультиспектральная рентгеновская КТ грудной клетки (15.11.2012): грудная клетка правильной формы, симметрична, прозрачность паренхимы легких не изменена. В паренхиме обоих легких определяются множественные дополнительные мягкотканые образования округлой формы, гомогенной структуры, с ровными четкими контурами, размером 3,0–7,5 мм — метастазы. В ЩЖ (в области перешейка) определяется дополнительное гиподенсное образование неправильной формы, с неровными относительно четкими контурами, размером 27,6 × 26,9 мм, рентгеновской плотностью 39–58 Ед. В левой доле ЩЖ очаг размером 7,9 × 5,7 мм. В подкожно-жировой клетчатке передней поверхности шеи определяется мягкотканый очаг размером 11,4 × 8,3 мм. Заключение: КТ-признаки объемного образования ЩЖ, множественные метастазы в легкие. Операция в ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер» (27.11.2012): экстрафасциальная тиреоидэктомия + центральная двусторонняя шейная лимфодиссекция (уровень VI a + b). Плановое гистологическое исследование (06.12.2012): папиллярный РЩЖ с метастазами в ЛУ. Заключительный клинический диагноз: высокодифференцированный РЩЖ рT4aN1aM1rult (IV стадия, II клиническая группа). В послеоперационном периоде начата супрессивная терапия L-тироксином. Пациенту через 2 мес после операции в ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер» проведен 1 курс РЙТ ^{131}I активностью 3 ГБк per os в МРНЦ им. А.Ф. Цыба — филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России с 29.01.2013 по 01.02.2013. При радиойоддиагностике пациенту выполнена скинтиграфия всего тела, при которой на шее*

выявлены 3 сливающихся очага (включение в очаги — 23 % от счета всего тела), других очагов, в том числе в легких, не обнаружено. К июлю 2014 г. проведено 6 курсов РИТ (суммарная активность ^{131}I 22,3 ГБк). Констатирована резистентность метастазов в легкие. Рекомендована таргетная терапия 1-й линии препаратом нексавар (сорафениб) 400 мг 2 раза в день per os с 28.07.2014 (через 3 мес после одобрения препарата в России).

Рентгеновская КТ грудной клетки в ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер» (15.08.2014): отрицательная динамика — увеличение размеров узла в левом легком. При сцинтиграфии фиксация в проекции легких РФП не более 13 % от счета всего тела.

Январь 2015 г.: 7-й курс РИТ ^{131}I активностью 1 ГБк + сорафениб. Июнь 2015 г.: 8-й курс РИТ. Ноябрь 2015 г.: 9-й курс РИТ (итого суммарная активность ^{131}I — 29,3 ГБк). Апрель 2017 г.: 10-й курс РИТ. Выявлены метастазы в Th9 (включение в очаги — 137 % от счета всего тела), в верхний край левой орбиты (включение в очаги — 170 % от счета всего тела), плеврит справа. Рекомендован перевод пациента на препарат 2-й линии таргетной терапии — ленватиниб.

Контрольная рентгеновская КТ грудной клетки: не-которая отрицательная динамика (рост узлов в легких, на плевре, специфический плеврит). Выполнены плевральные пункции.

Контрольная рентгеновская КТ грудной клетки (июнь 2017 г.): метастазы по всем полям легких диаметром от 5 мм до 2 см, по V ребро справа — жидкость в плевральной полости, метастазы в ЛУ средостения. Первая линия таргетной терапии сорафенибом до августа 2017 г. (итого 36 мес).

С 04.08.2017 пациент начал прием ленватиниба (лен-вива). Гемоглобин 155 г/л, лейкоциты $6,4 \times 10^9$ /л.

12.02.2018 в МРНЦ им. А. Ф. Цыба проведен повторный курс пероральной терапии препаратом ^{153}Sm -оксабифор активностью 1,5 ГБк. Отмечены гиперфиксация РФП в области костей правого плечевого сустава (лопатка, акромиальный отросток), асимметрия накопления РФП в крестцово-подвздошных сочленениях, в верхнем крае левой глазницы (включение в очаги — 170 % от счета всего тела).

Осмотр в октябре 2018 г.: общее состояние относительно удовлетворительное, в течение 14 мес получает 2-ю линию таргетной терапии — препарат ленватиниб, последние 2 мес (сентябрь—октябрь 2018 г.) — по 10 мг/сут из-за трудноконтролируемой артериальной гипертензии. Жалуеться на боли в правой верхней конечности. Рентгенография костей: без видимой патологии. МРТ шейного отдела позвоночника на уровне С6—7: патологии не выявлено. Стабилизация.

Пациент жив более 5 лет после операции, 10 курсов РИТ (суммарная активность ^{131}I составила 30,8 ГБк), 2 курсов радиотерапии препаратом ^{153}Sm -оксабифор и 2 линий таргетной терапии (нексавар + ленватиниб).

Учитывая наличие метастазов в кости скелета и болевого синдрома, решением консилиума онкологов ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер» рекомендовано проведение лечения бисфосфонатами (верокласт 4 мг 1 раз в 28 дней).

26.04.2018 проведен 1 курс лечения с дистанционной ЛТ в суммарной очаговой дозе 30 Гр на задний отрезок VII ребра. Рентгеновская КТ грудной клетки, органов шеи (27.04.2018): в паренхиме легких с обеих сторон определяются множественные дополнительные мягкотканые образования округлой формы, гомогенной структуры, с ровными четкими контурами, размером от 2 мм до 1,36–1,38 см слева и до 6,6–7,7 мм справа. Костальная плебра правого гемиторакса неравномерно утолщена до 7,93 см, негомогенной структуры, с бугристыми контурами, объем правого легкого уменьшен. Клетчатка средостения не изменена. Определяются паратрахеальные ЛУ размером до $6,2 \times 5,8$ мм, трахеобронхиальные ЛУ справа до $1,17 \times 7,7$ мм, слева до $6,7 \times 6,2$ мм, бифуркационные ЛУ до $9,1 \times 7,4$ мм, ретростернальные ЛУ до $7,3 \times 8,7$ мм. В правом кардиодиафрагмальном синусе мягкотканые образования размером до $2,22 \times 1,93$ см. Пациент получил 2 курса препарата верокласт в дозе 4 мг.

Октябрь 2018 г.: хронический болевой синдром (3–4 балла по вербальной шкале), купирующийся применением наркотических анальгетиков (трансдермальная терапевтическая система «Дюрогезик» 75 мкг/ч + морфина гидрохлорид 1 % 1 мл 2 раза в сутки подкожно).

Выводы. Данное клиническое наблюдение демонстрирует успехи современной клинической онкологии и радиологии в контроле за первично-диссеминированным высокодифференцированным РЩЖ и приемлемое качество жизни пациента при сроке наблюдения более 5 лет.

Выбор варианта замещения дефекта глотки при хирургическом лечении местно-распространенного рака гортаноглотки

Д. Н. Ахмедин, А. К. Макишев, Р. К. Тулеубаев, К. А. Жакипбаев, И. Рутжанулы

Кафедра онкологии АО «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан

Введение. Ларингоэктомия с резекцией гортаноглотки и шейного отдела пищевода на сегодняшний день является одним из основных этапов лечения больных местно-распространенным раком гортаноглотки и шейного отдела пищевода. В большинстве случаев операция без реконструкции завершается формированием фарингоэзофагостомы. Образование

обширных дефектов приводит к глубокой инвалидизации, качество жизни больных данной группы крайне неудовлетворительное. В связи с этим выполнение одномоментных реабилитационных мероприятий является обязательным компонентом радикального хирургического вмешательства.

Цель исследования – определение оптимальной методики пластики дефектов при хирургическом лечении местно-распространенных злокачественных опухолей гортаноглотки.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2018 г. проведено 68 одномоментных реконструктивных оперативных вмешательств по поводу местно-распространенного рака гортани и гортаноглотки с использованием кожно-мышечного лоскута с включением большой грудной мышцы для замещения обширных дефектов глотки на 1-м этапе, внутреннюю выстилку глотки создавали из выкроенного из грудной клетки кожного островка.

Результаты. Всем пациентам с местно-распространенным раком гортаноглотки IV стадии выполнено расширенно-комбинированное удаление опухоли с различными видами резекции глотки и шейного отдела пищевода с пластикой кожно-мышечным лоскутом большой грудной мышцы и последующей ХЛТ по радикальной программе. У всех пациентов удалось сформировать глотку и восстановить ее непрерывность. В 2 случаях отмечен некроз кожно-мышечного лоскута вследствие погрешности оперативной техники, 2 пациента погибли по причине эрозивного кровотечения в послеоперационном периоде. Первичное заживление раны отмечено у 54 (63,3 %) пациентов, вторичное – у 10 (36,7 %), осложнения заключались в развитии инфекционных и трофических нарушений в послеоперационной зоне с образованием свищей, которые в большинстве случаев купировались.

Выводы. Кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы является одним из вариантов для устранения обширных дефектов глотки у тяжелых больных при местно-распространенном раке гортаноглотки и шейного отдела пищевода.

Светлоклеточная менингиома головного мозга

Р.Г. Биктимиров, А.М. Киселев, М.С. Бунак

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва

Светлоклеточные менингиомы – редкая патология, встречающаяся преимущественно у молодых женщин. Мы представляем случай светлоклеточной менингиомы у 65-летней пациентки. Анамнез заболевания

длительный, около 3 лет. Остро развилось нарушение координации с падениями. Лечение стационарное по поводу острого нарушения мозгового кровообращения, на МРТ кистозные изменения в правой теменной области расценены как постинсультные. В дальнейшем наблюдалась неврологами, получала леводопу по поводу синдрома Паркинсона. Ухудшение состояния в течение года: усиление головной боли, снижение зрения на левый глаз. При поступлении в статусе зрительные нарушения, левосторонняя гемианопсия, гемипарез слева, атактическая походка, координаторные нарушения. МРТ (2011, 2012 и 2014 г.) и рентгеновская КТ мозга: многоузловая кистозная опухоль неправильной округлой формы с четкими контурами, неоднородно пониженной плотности, при нативном исследовании ячеистой структуры, размерами 50 × 66 × 40 мм, с накоплением контрастного вещества по многочисленным септальным включениям и перегородкам. При операции обнаружена многоузловая опухоль теменно-затылочно-парасагитальной локализации справа с выраженным кистозным компонентом, наличием массы новообразованных сосудов по типу «паутины», небольшого мягкотканого компонента серо-желтого оттенка, при удалении остались строма и псевдокапсула, плотно прилежащие к мозговой ткани, сосуды врастали в фалькс и нижнюю стенку верхнего сагитального синуса. Гистологическое и иммуногистохимическое исследования: менинготелиоматозная менингиома с участками светлоклеточной менингиомы, стадия I. Опухолевые клетки: иммунореактивность к ЕМА, виментину и белку S-100. Индекс мечения MIB-1 <1 %. Послеоперационный период с регрессом симптоматики.

Хирургические особенности лечения фалькс-менингиом

Р.Г. Биктимиров, А.М. Киселев, М.С. Бунак

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва

Введение. Фалькс-менингиомы растут из серпа и полностью прикрыты корой мозга. Встречаются в 8–10 % случаев от всех церебральных менингиом. Для успешного хирургического лечения существуют различные приемы в зависимости от локализации, структуры и размера опухоли, стороны поражения, наличия крупных дренирующих вен. В связи с этим нередко возникают технические сложности на этапах вмешательства.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения менингиом фалькса.

Материалы и методы. В анализ включены 46 больных в возрасте от 28 до 76 лет с менингиомами фалькса,

из них 36 (78,2 %) женщин. Сорок один (89 %) пациент был старше 51 года; средний возраст составил 60 лет. По локализации: у 12 больных поражена передняя треть фалькса, в 24 случаях — средняя треть, в 10 — задняя треть серпа. Одностороннее поражение выявлено у 35 больных. Верификация патологии проведена по данным рентгеновской КТ и/или МРТ головного мозга, ангиография выполнена в 4 случаях. Клиническая картина зависела от локализации опухоли, ее размера, признаков компрессии окружающего мозга, перифокального отека и нарушения венозного оттока. Степень удаления опухоли по Simpson I–III. Доступы преимущественно односторонние, при малых размерах новообразования использовалась нейронавигация.

Результаты. Новообразования при односторонних поражениях преимущественно округлой формы (исключая более плоский матрикс); при росте на противоположенную сторону — в виде неравномерных округлых образований или симметричного поражения с 2 сторон. Кистозный компонент имелся в 5 случаях, наличие оссифицированной части опухоли выявлено у 8 пациентов. Размеры менингиомы от 2 до 4 см в диаметре отмечены у 11 больных, у 24 — от 4 до 6 см, у 11 пациентов — более 6 см в 3 проекциях. Неврологическая симптоматика присутствовала у всех больных, бессимптомных случаев не отмечено. Цефалгия была в 87 % случаев. Когнитивные расстройства наблюдались всегда при поражении передней трети серпа и больших размерах новообразования (>80 см³). Двигательные расстройства отмечены при поражении средней и задней трети фалькса. Зрительные нарушения отмечены при больших размерах фалькс-менингиомы передней трети, а также при компрессии мозга при поражении задней трети серпа. Судорожный синдром присутствовал в виде 1–2 эпизодов до госпитального этапа у 15 (32,6 %) больных. Оперированы все пациенты. При локализации опухоли в передней трети серпа жесткую фиксацию головы в скобе не использовали, в остальных случаях — стандарт. Трепанационное окно всегда с обнажением проекции средней линии (наложение фрезевых отверстий над верхним сагиттальным синусом); при наличии гигантских менингиом выполняли трепанацию с 1 двусторонним лоскутом. При распространении опухоли средних размеров на оба полушария выполняли односторонний доступ с заходом за верхний сагиттальный синус с противоположной стороны. Первично разрез твердой мозговой оболочки был всегда линейным, параллельно верхнему сагиттальному синусу с отступом на 1,0–1,5 см. Даже при наличии фалькс-менингиом значительных размеров выполняли доступ к матриксу через межполушарную щель с минимальным обнажением коры. После парциального уменьшения менингиомы было возможно небольшое расширение линии разреза оболочки с целью смещения коры мозга от средней линии.

Двусторонние менингиомы удалялись со стороны большей части узла путем первичного рассечения фалькса по границе. В 1 случае осуществлен подход к менингиоме с противоположной межполушарной щели в связи с наличием крупных дренирующих вен теменной коры. В 2 случаях траектория подхода к опухоли была смещена кзади и увеличена с целью сохранения вен. Радикальность удаления: I степень по Simpson — 7 случаев, II степень — 34, III степень — 5. Кровопотеря составила от 50 до 1000 мл. Линейный разрез твердой мозговой оболочки облегчает ушивание без пластики. Летальности не отмечено. У 2 больных на 1-е сутки верифицирована гематома в области удаленной опухоли, реоперация прошла без осложнений. Гистологический результат в виде атипической менингиомы отмечен в 2 случаях.

Редкое наблюдение амелобластического рака нижней челюсти

В.Ж. Бржезовский, Д.К. Стельмах, Р.А. Хасанов
ФБГУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России, Москва

Введение. В мировой литературе описано около 150 случаев амелобластической карциномы. Эта форма опухоли характеризуется быстрым течением и плохим прогнозом.

Клиническое наблюдение. *Пациентка А., 58 лет. При рентгенографии в 2006 г. была обнаружена киста нижней челюсти слева. 05.09.2011 по месту жительства выполнена биопсия, установлен диагноз амелобластомы нижней челюсти слева. В челюстно-лицевом отделении выполнена краевая резекция нижней челюсти слева. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. В 2011–2012 гг. проведен курс ЛТ в суммарной очаговой дозе 68 Гр. В 2013 г. выявлен рецидив опухоли. Пациентка направлена в ФБГУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. При пересмотре гистологических препаратов диагностирована амелобластома. 17.10.2013 выполнена операция: сегментарная резекция нижней челюсти, замещение дефекта ревааскуляризованным малоберцовым трансплантатом. Гистологическое исследование: амелобластома типичного строения.*

В сентябре 2014 г. диагностирован рецидив в мягких тканях левой щеки и нижней губы с метастазами в ЛУ шеи с 2 сторон. 25.11.2014 выполнены резекция левой щеки и нижней губы слева, фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи с 2 сторон, пластика дефекта лучевым ревааскуляризованным лоскутом. Иммуногистохимическое исследование с использованием антител к цитокератинам 5/6, 7, 14, 18, 19 и 20, Ber EP-4, виментину, синаптофизину, хромогранину А, рб3, кальпонину,

SMA, CD10, протеину S-100, CD56, CD117, Vcl-2, p53 и Ki-67: диффузная экспрессия в опухолевых клетках цитокератинов 5/6, 14, p63 (ядерная), в части опухолевых клеток отмечена экспрессия цитокератина 19, что свидетельствует в пользу их эпителиальной природы с плоскоклеточной дифференцировкой, уровень Ki-67 45 %. Заключение: рецидив амелобластической карциномы с метастазами в ЛУ шеи.

В марте 2015 г. рецидив опухоли, метастазы в левую околоушную область. От предложенного удаления малоберцового трансплантата пациентка категорически отказалась, 01.04.2015 выполнены резекция мягких тканей щеки, удаление рецидивной опухоли левой ретромолярной области, субтотальная резекция левой околоушной слюнной железы. Гистологическое исследование: метастаз амелобластической карциномы, прорастающей в капсулу ЛУ и прилежащую ткань слюнной железы. В последующем в связи с прогрессированием заболевания проводилась паллиативная ХТ.

Выводы. Амелобластическая карцинома — редкая и прогностически неблагоприятная опухоль. Показатели выживаемости зависят от морфологической диагностики и адекватного хирургического вмешательства на 1-м этапе лечения. Современные возможности пластического замещения дефектов тканей челюстно-лицевой области позволяют добиться хороших косметических и функциональных результатов.

Клинико-морфологический анализ 2 случаев аналога секреторной карциномы молочной железы из слюнных желез, ассоциированных со слиянием генов *ETV6-NTRK3*

А.С. Бучака¹, И.Л. Плакса^{2,3}, Н.В. Швед²,
Р.В. Деев^{1,3}, Н.А. Савёлов²

¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Минздрава России, Рязань;

²ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница №62
Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва;

³ПАО «Институт стволовых клеток человека», Москва

Цель исследования — клинико-морфологический анализ 2 случаев аналога секреторной карциномы молочной железы.

Материалы и методы. С целью выявления случаев секреторной карциномы молочной железы был выполнен ретроспективный анализ данных о злокачественных и доброкачественных опухолях слюнных желез из архива патологоанатомических отделений ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница №62 Департамента здравоохранения г. Москвы» и ГУЗ

РО «Областной клинический онкологический диспансер» в период с 2012 по 2018 г. В случаях, подозрительных в отношении секреторной карциномы молочной железы, согласно рекомендациям классификации Всемирной организации здравоохранения (Лион, 2017 г.) выполняли иммуногистохимическое исследование с антителами к S100 и маммаглобину, а также флуоресцентную гибридизацию *in situ* для обнаружения перегруппировки гена *ETV6*.

Результаты. Было проанализировано более 700 случаев опухолей слюнных желез. В 2 случаях морфологическое строение опухоли соответствовало критериям секреторной карциномы молочной железы. Возраст пациентов составил 50 и 78 лет. Оба пациента были мужского пола с локализацией опухолей в мягком нёбе. Исходные диагнозы: мукоэпидермоидный рак и миоэпителиома малых слюнных желез. По системе TNM опухоли соответствовали T1N0M0. Обоим пациентам было выполнено радикальное хирургическое лечение. При оценке препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином, определялась четко отграниченная опухоль, состоящая из микрокистозных, тубулярных и солидных структур с клетками с пузырьковидными ядрами с мелкодисперсным хроматином, центральным расположением ядрышек, бледно-розовой зернистой или вакуолизированной цитоплазмой. При иммуногистохимическом исследовании в обоих случаях наблюдалось выраженное ядерно-цитоплазматическое окрашивание с антителами к S100 и маммаглобину. Транслокация t(12;15)(p13;q25) и слияние генов *ETV6-NTRK3* были подтверждены методом флуоресцентной гибридизации *in situ*.

Выводы. Секреторная карцинома молочной железы является новой нозологической формой опухолей слюнных желез, которая была внесена в классификацию Всемирной организации здравоохранения 2017 г. Достоверная верификация секреторной карциномы молочной железы имеет огромное значение для пациентов, так как терапевтические опции в данном случае не ограничиваются хирургическим лечением и ХЛТ. Наличие слияния генов *ETV6-NTRK3* позволяет улучшить прогноз пациентов с прогрессирующими солидными опухолями посредством использования таргетной терапии ларотрентинибом — селективным ингибитором тропомиозин-рецепторной киназы.

Повторные лимфаденэктомии у больных тиреоидным раком

К. В. Вабалайте, А. Ф. Романчишен

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии
и онкологии, Санкт-Петербург*

Введение. Среди проблем хирургического лечения больных РЩЖ вопросы повторных вмешательств занимают особое место.

Цель исследования – разработка хирургических мер профилактики рецидивов дифференцированных форм РЩЖ.

Материалы и методы. За период с 1983 по 2015 г. оперированы 4523 больных РЩЖ. Повторных операций было 222 (4,9 %) у пациентов с папиллярными, фолликулярными и медулярными карциномами ЩЖ. Кроме того, 115 пациентов были оперированы в 2 этапа после обнаружения микрометастазов по данным центральной лимфаденэктомии: 64 больных оперированы по поводу РЩЖ 2 раза, 26 пациентов – 3 раза, 16 пациентов – 4 раза, 1 пациент – 5 раз. Мужчин было 36 (16,2 %), женщин – 186 (83,8 %). Средний возраст больных составил $50,4 \pm 0,2$ года и варьировал от 11 до 85 лет.

Результаты. Метастазы в шейных ЛУ, биопсия которых в ходе первых операций не выполнялась, отмечены в 117 случаях: в 98 случаях метастазы возникали на стороне удаленной доли ЩЖ, содержащей опухоль, в 19 – выявлялись на другой стороне шеи.

Метастазы в ЛУ средостения – 23 случая. Подобные ситуации в основном связаны с неадекватностью центральной лимфаденэктомии во время предыдущих операций. В этих случаях применялась медиастинальная лимфаденэктомия путем частичной продольно-поперечной стернотомии.

Продолженный рост опухоли после паллиативных операций – 21 случай. Первичные операции носили паллиативный характер вследствие обширного распространения опухоли на окружающие органы. Повторные операции предпринимались из-за сдавления опухолью трахеи и пищевода.

В раннем послеоперационном периоде умерли 12 (5,4 %) пациентов, причины гибели: тромбоз ветвей легочной артерии, острый инфаркт миокарда, острая сердечно-сосудистая недостаточность, гнойно-септические осложнения. Пятилетняя выживаемость составила 77 % (171 пациент), 10-летняя – 71,1 %. Гематогенная диссеминация опухоли явилась причиной смерти в 8 (3,6 %) случаях. Вследствие местного распространения опухоли умерли 19 (8,5 %) пациентов.

Выводы. Рецидивы всегда обусловлены оставлением клеток или ткани опухоли в тиреоидном остатке, ложе ЩЖ или регионарных ЛУ. Обычно причиной этого становится выбор неадекватного объема вмешательства и послеоперационного лечения. Повторные операции являются эффективным способом лечения РЩЖ.

Метастаз папиллярного рака щитовидной железы в подмышечные лимфатические узлы – ухудшение прогноза? (Клиническое наблюдение)

К. В. Вабалайте, А. Ф. Романчишен, И. В. Зайцева

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии
и онкологии, Санкт-Петербург*

Введение. РЩЖ – самая частая злокачественная опухоль эндокринной системы. Папиллярный РЩЖ является наиболее распространенной формой тиреоидной карциномы. Чаще всего папиллярный РЩЖ метастазирует во II–VI группы шейных ЛУ. Метастазы РЩЖ в подмышечные ЛУ являются редкой клинической находкой у больных типичным папиллярным РЩЖ. Адекватный объем операции и РЙТ (по показаниям) обеспечивают хороший прогноз для большинства больных РЩЖ.

Клиническое наблюдение. *Пациентка 87 лет, поступила в нашу клинику в связи с метастазом в подмышечный ЛУ. В прошлом, 31 год назад, перенесла тиреоидэктомии и центральную лимфаденэктомию по поводу папиллярного РЩЖ, затем трижды получила РЙТ. В момент поступления в нашу клинику у больной обнаружены подмышечная лимфаденопатия справа, затылочная лимфаденопатия и множественные метастазы в легкие. Выполнено удаление затылочных ЛУ и подмышечных ЛУ справа. Гистологически выявлены метастазы папиллярного РЩЖ во все группы удаленных ЛУ. Пациентка опять получила РЙТ, но через 18 мес после операции умерла от отдаленных метастазов в легкие. Период наблюдения от 1-й операции по поводу РЩЖ до смерти составил 32,5 года.*

Выводы. Как правило, больные РЩЖ после хирургического лечения и РЙТ живут долго. РЩЖ обычно метастазирует в ЛУ шеи, средостения, однако возможно и атипичное распространение РЩЖ (например, в подмышечные ЛУ даже через 31 год после 1-й операции), что определяет необходимость онкологического наблюдения больных всю их жизнь.

Гистиоцитома орбиты

Р.Ф. Гайнутдинова^{1,2}, М.Г. Тухбатуллин³

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Республика Татарстан;

²ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», Казань, Республика Татарстан;

³Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Республика Татарстан

Цель исследования — представить клиническое наблюдение гистологически верифицированной гистиоцитомы орбиты.

Клиническое наблюдение. Пациент Ф., 1949 г. р., при первом обращении жаловался на наличие безболезненного уплотнения по нижнему краю левой орбиты, двоение при взгляде вверх и вниз. По нижнему краю орбиты в толще основания нижнего века определялось плотное бугристое, слабо смещаемое, спаянное с глубжележащими структурами орбиты объемное образование, малоблезненное при пальпации, овальной формы, размерами 25 × 8 мм. При УЗИ выявлено гиперэхогенное объемное образование размерами 22,7 × 8,0 × 4,0 мм, неправильной формы, с нечеткими неровными контурами, неоднородной структуры, располагающееся на глубине 1 см от поверхности кожи, оно инфильтрировало ткани поверхностных отделов нижней половины орбиты, деформировало ход нижней прямой мышцы. При картировании кровотока выявлены сосуды по периферии и единичный сосуд в толще очага с низкой скоростью кровотока венозного типа. При рентгеновской КТ был выявлен очаг повышенной денсивности в наружных слоях нижней половины левой орбиты. При МРТ в T1- и FLAIR-режимах образование изогипоинтенсивно, в T2-режиме изоинтенсивно по отношению к жировой клетчатке. В 2011 г. в ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» была проведена первая операция орбитотомии, удаления новообразования в пределах здоровых тканей. Макроскопически удаленная опухоль была размерами 28 × 10 × 8 мм, розово-серого цвета, плотная. При гистологическом исследовании обнаружены гистиоциты, фибробласты, сосудистая ткань с лимфоидной инфильтрацией вокруг, что соответствует гистиоцитоме с воспалением. Наблюдение в течение 5 лет не выявило рецидива и осложнений. В 2015 г. отмечен рецидив с жалобами, аналогичными жалобам в 2011 г. (двоение, ограничение движения, экзофтальм). При проведении лучевых методов исследования выявлено инфильтративное объемное образование нижнего отдела левой орбиты размерами 25 × 17 × 8 мм, с прежними характеристиками при УЗИ, рентгеновской КТ и МРТ. Пациент направлен в НИИ глазных болезней

им. Гельмгольца, где ему была проведена операция — трансконъюнктивальная орбитотомия, удаление новообразования в пределах здоровых тканей, опухоль верифицирована как гистиоцитома. Послеоперационный период без осложнений, с сохранением анатомической целостности и удовлетворительным косметическим результатом. В настоящее время диагностируется ремиссия.

Выводы. Данное клиническое наблюдение подтверждает, что гистиоцитома, являющаяся чрезвычайно редкой опухолью орбиты, характеризуется сложностью диагностики, местным агрессивным инфильтративным ростом, склонностью к рецидивам.

Возможности местного лечения базальноклеточного рака кожи век

Р.Ф. Гайнутдинова^{1,2}, Е.А. Фадеева³

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Республика Татарстан;

²ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», Казань, Республика Татарстан;

³ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Республика Татарстан

Цель исследования — изучить возможность применения местного противоопухолевого средства диглицидил метилфосфоната в лечении базальноклеточного рака кожи век.

Материалы и методы. В исследование включено 8 пациентов в возрасте от 57 до 80 лет, из них 3 женщины и 5 мужчин, с цитологически верифицированным диагнозом базальноклеточного рака кожи век. Лечение мазью диглицидил метилфосфоната («Глицифон» 30 % мазь, ОАО «Татхимфармпрепараты») проводили в амбулаторных условиях по описываемой методике.

Результаты. Продолжительность заболевания базальноклеточным раком кожи век варьировала от 3 мес до 15 лет. По клиническим типам больные распределились следующим образом: поверхностный тип базальноклеточного рака кожи век был диагностирован у 3 пациентов, нодулярный — у 2, язвенный — у 2, инфильтративный в рубце — у 1. У 7 пациентов имелся единичный очаг, у 1 — первично-множественные очаги. Размеры варьировали от 5 × 3 до 45 × 17 мм. Локализация рака: кожа нижнего века — 5 случаев, кожа височной области с захватом нижнего века — 2, кожа спинки носа с распространением на внутреннюю половину кожи нижнего века — 1. Очаги располагались не ближе 5 мм от ресничного края нижнего века, что исключало попадание мази диглицидил метилфосфоната в глазную

щель. Методика лечения: вначале кожу вокруг очага обрабатывали раствором местного антисептика, затем неизмененную кожу вокруг очага закрывали пластырем, на поверхность опухоли наносили мазь диглицидил метилфосфоната, сверху накладывали окклюзионную повязку. Время экспозиции – 3 ч. Количество аппликаций от 10–15. Начиная с 3–4-й аппликации наблюдалось образование некротизированной ткани, которую удаляли с помощью стерильных инструментов и марлевой салфетки. В наших наблюдениях у 5 пациентов наблюдались боль, выраженный отек, гиперемия, которые были купированы нанесением гидрокортизоновой мази на опухолевый очаг с захватом 0,5 см здоровой кожи в течение 4 дней, далее аппликации были продолжены. На 6-й аппликации были назначены местные препараты, улучшающие регенерацию эпителия, сроком на 7 дней, после чего наблюдалось полное восстановление целостности кожного покрова. Срок наблюдения – 14 мес. Все пролеченные пациенты находятся под наблюдением с целью дальнейшего анализа результатов терапии в более отдаленные сроки. Лечение мазью диглицидил метилфосфоната было эффективно у 7 пациентов с базальноклеточным раком кожи век. У 1 пациента через 2 мес после лечения определялась остаточная опухоль, он был направлен на криодеструкцию. Во всех случаях наблюдался хороший косметический результат с сохранением анатомической целостности и функции век.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить перспективность применения местного лечения базальноклеточного рака кожи век аппликациями диглицидил метилфосфоната. Преимуществами этого метода являются возможность лечения в амбулаторных условиях, использования при локализациях рака в труднодоступных хирургических областях, хорошие косметические результаты.

Эпидемиология рака полости рта и ротоглотки в Ташкентской области

А.А. Ганиев, С.З. Абдурахманов

Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Эпидемиология рака полости рта и ротоглотки достаточно хорошо изучена. Постоянно исследуется роль факторов образа жизни, инфекционных агентов, наследственности, а также окружающей среды в этиологии злокачественных опухолей. Одним из техногенно загрязненных регионов является Ташкентская

область, в которой функционирует большое количество промышленных предприятий.

Цель исследования – анализ данных по эпидемиологии злокачественных опухолей орофарингеальной области в Ташкентской области за 2017–2018 гг.

Материалы и методы. В основную группу были включены пациенты ($n = 110$) с диагнозом рака полости рта и глотки. Контрольная группа ($n = 230$) состояла из относительно здоровых лиц без онкологической патологии.

Результаты. Обнаружено, что раком полости рта чаще болели мужчины (70,3 %). В основной группе достоверно чаще ($p = 0,05$) встречались лица из Ташкентской области; это подтверждает, что проживание в промышленно загрязненной местности является фактором развития рака. Низкий стоматологический статус полости рта и неадекватное зубное протезирование повышали риск развития рака. Так, в контрольной группе достоверно реже встречались пациенты с протезированием зубов ($p = 0,04$). В качестве основных факторов риска развития рака полости рта и глотки были выявлены вредные привычки, такие как курение (сигареты, нас) и чрезмерное употребление алкоголя. Так, риск рака полости рта и глотки был в 1,5–2,0 раза больше у курильщиков и потребителей наса. Величина относительного риска прямо пропорционально зависела от интенсивности и длительности курения, а также от количества сигарет, выкуриваемых в день. Относительный риск развития рака у лиц, выкуривающих 14–30 сигарет за день, составлял 2,7. В основной группе было отмечено увеличение риска развития рака полости рта и глотки у лиц, совмещающих чрезмерное курение и употребление крепких алкогольных напитков. Инфицирование вирусом Эпштейна–Барр также являлось одной из причин рака полости рта и глотки в основной группе исследования.

Выводы. Основными доказанными факторами риска развития рака полости рта и глотки явились чрезмерное употребление табака и алкоголя, вирусная инфекция, низкий стоматологический статус полости рта, а также проживание в экологически неблагоприятных районах.

Основные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями oroфарингеальной области в Республике Узбекистан

А.А. Ганиев, А.Н. Абдихакимов, У.И. Исаев

Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Ежегодно в мире плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта и глотки заболевают более 11 000 человек. По данным статистики, однолетняя летальность в последние 10 лет остается неизменной и превышает 40 %. Несмотря на доступность клинического осмотра полости рта, частота выявления заболевания на ранних стадиях (cT1–2N0M0) составляет чуть более 30 %. Для рака полости рта и глотки характерны быстрый инфильтративный рост, приводящий к раннему вовлечению в опухолевый процесс соседних анатомических структур, и частое развитие регионарных метастазов, достигающее, по данным различных авторов, 40–70 % случаев. Злокачественные новообразования полости рта и глотки занимают 2-е место среди причин смертности населения и являются одним из негативных показателей в динамике состояния здоровья населения Республики Узбекистан.

Цель исследования — изучение состояния онкологической помощи, проводимое при профилактических осмотрах на предмет наличия рака полости рта и глотки в Республике Узбекистан.

Материалы и методы. Для изучения показателей состояния онкологической службы использованы данные государственной статистической отчетности «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» по Республике Узбекистан за период 2008–2016 гг. Сбор данных осуществляли по общепринятым методам.

Результаты. В Республике Узбекистан в 2008, 2013, 2015 и 2016 г. показатель встречаемости злокачественных опухолей губы, первично выявленных при проведении профилактических осмотров, составил 57,9; 63; 47 и 41,5 % соответственно. В 2008–2016 гг. отмечалось уменьшение доли больных со злокачественными опухолями полости рта и глотки, первично выявленными при проведении профилактических осмотров, с 37,8 до 29,5 %. Также уменьшение показателя наблюдалось в группе больных со злокачественными опухолями нёба, который в 2013 г. составил 37,5 %, в 2015 г. — 26,7 %, в 2016 г. — 26,9 %. Однако в 2013, 2015 и 2016 г. в группах больных со злокачественными опухолями десны, дна полости рта, других неуточненных отделов полости рта отмечалось увеличение показателя с 22,4

до 26,8 %, с 21,3 до 28,2 % и с 20,9 до 27,3 % соответственно.

Выводы. Таким образом, оптимизация работы в перечисленных направлениях будет способствовать совершенствованию онкологической службы страны и позволит оказывать населению специализированную помощь, соответствующую современному научно-техническому развитию медицинской науки.

Хирургическое лечение при раке задних отделов полости рта и ротоглотки III–IV стадии

А.А. Ганиев¹, П.В. Светицкий², Б.Н. Жураев¹

¹ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону;

²Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Рак органов полости рта и ротоглотки занимает одно из ведущих мест среди опухолей головы и шеи. Распространенность процесса в oroфарингеальной области усложняет лечение этого заболевания. Сложность проведения оперативного вмешательства отмечается из-за топографоанатомической особенности и близкой расположенности внутренней сонной артерии.

Цель исследования — применение модифицированной мандибулотомии с последующим восстановлением оростомы для заживления послеоперационной раны без осложнения.

Материалы и методы. На базе ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России и Ташкентского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии при распространенных опухолях oroфарингеальной зоны разработана и внедрена в практику на 1-м этапе адекватной лимфодиссекции операция мандибулотомии с последующей оростомой, позволяющей достичь хорошей обзорности задних отделов полости рта и ротоглотки с контролем внутренней сонной артерии. Проводится радикальное удаление опухоли с закрытием раневой поверхности мобилизованной здоровой слизистой оболочкой, а при необходимости — кожным лоскутом. Дно полости рта представляет собой неровную поверхность за счет складок слизистой оболочки и бугорков — выводных протоков малых слюнных желез. Послеоперационное выполнение остеосинтеза, восстанавливающего непрерывность челюсти у больных с нарушением акта глотания,

приводит к тому, что в полости рта депонируется ротовая жидкость, вызывающая нагноение с некрозом мягких тканей и кости. Предиктором данных осложнений может быть превентивное создание оростомы в наиболее углубленной части дна полости рта, которое находится на пересечении 2 основных мышц, формирующих ее диафрагму: подъязычно-подбородочной и подъязычно-челюстной. Это послужило для нас основанием к формированию превентивной оростомы в проекции данного углубления. Посредством создания желоба из подчелюстного кожного лоскута формируется оростома в переднем отделе дна полости рта сбоку от уздечки языка на расстоянии 1,5–2,0 см до заднего края нижней челюсти. Разработанная методика применена у 12 больных местно-распространенным раком III–IV стадии. Группу сравнения составили 20 больных, имеющих аналогичный опухолевый процесс и прооперированных без оростомой.

Результаты. В обеих группах распространенность заболевания не различалась. За 2018 г. прооперированы 8 больных с оростомой, заживление послеоперационной раны протекало без осложнений, а в контрольной группе у 12 (60 %) больных, оперированных без оростомы, отмечались осложнения в виде нагноения раны, свищей, некрозов культи языка.

Выводы. При радикальных операциях, выполняемых по поводу распространенного рака задних отделов полости рта и ротоглотки и осложняющихся нарушением акта глотания, целесообразно формировать послеоперационные оростомы. Это предотвращает застой слюны в полости рта, что обеспечивает заживление раны в более короткие сроки без осложнений и улучшение реабилитации функций органов полости рта и ротоглотки.

Использование суперселективной химиоэмболизации в лечении больных с местно-распространенными формами рака языка

А.К. Гварамия, О.И. Кит, М.А. Енгибарян,
М.А. Черкес, Н.А. Чертова

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России,
Ростов-на-Дону

Введение. В структуре онкологической заболеваемости в Российской Федерации злокачественные опухоли полости рта составляют 6,32 случая на 100 тыс. человек. Среди злокачественных опухолей полости рта рак языка занимает 1-е место. В настоящее время в различных областях медицины, в том числе в онкологии,

широко применяются методы рентгеноэндovasкулярной хирургии. Методика суперселективной внутриартериальной ХТ заключается в селективной катетеризации артериального сосуда, непосредственно питающего опухоль, с последующим введением в катетер противоопухолевых химиопрепаратов.

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных местно-распространенным раком языка.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 20 больных с местно-распространенными формами рака языка с использованием 2-этапной суперселективной химиоэмболизации сосудов опухоли в качестве подготовительного этапа хирургического лечения. После предварительного ангиографического исследования и выявления целевых сосудов, кровоснабжающих опухоль, на 1-м этапе лечения проводили суперселективную внутриартериальную ХТ, максимально насыщая зону опухоли химиопрепаратом. Через 7 дней осуществляли 2-й этап — эмболизацию всех обнаруживаемых новообразованных артерий опухоли, достигая тотальной деваскуляризации опухоли. На следующий день выполняли операцию в объеме, адекватном распространенности опухолевого процесса. Таким образом, операция выполняется после достижения деваскуляризации опухоли, но до развития тяжелых проявлений постэмболизационного синдрома.

Результаты. У всех пациентов отмечены уменьшение болевого синдрома, объема и кровоточивости опухоли, ихорозного запаха изо рта, появление выраженной демаркационной линии, улучшение внятности речи, а также уменьшение объема кровопотери во время операции, что позволило работать на сухом операционном поле, под хорошим визуальным контролем границ опухоли.

Выводы. Применение суперселективной химиоэмболизации в качестве подготовительного этапа хирургического лечения больных с местно-распространенными формами рака языка целесообразно и требует дальнейшего изучения.

Клинические наблюдения детей с редкими саркомами костей и мягких тканей верхних дыхательных путей

Т.В. Горбунова¹, А.Д. Родина¹, Н.В. Иванова¹, Р.В. Шишков^{1,2}, И.В. Глеков^{1,2}, В.Г. Поляков^{1,2}

¹ФБГУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России, Москва;

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, Москва

Введение. В области верхних дыхательных путей у детей преимущественно локализуется рабдомиосаркома. Другие саркомы костей и мягких тканей этой локализации составляют не более 1–3 %. Недостаток сведений о биологической природе этих опухолей, отсутствие единых подходов к их диагностике и лечению вызывают трудности у детских онкологов.

Цель исследования – сообщить о серии клинических наблюдений редких вариантов сарком костей и мягких тканей верхних дыхательных путей у детей.

Материалы и методы. В НИИ детской онкологии и гематологии ФБГУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России с 2007 по 2018 г. наблюдались 17 пациентов с саркомами костей и мягких тканей верхних дыхательных путей. Среди них преобладали мальчики ($n = 13$ (76,5 %)). Средний возраст пациентов составил 12,2 года. На основании данных морфологических и молекулярных исследований выявлялись саркомы Юинга/примитивные нейроэктодермальные опухоли – в 7 (41,2 %) случаях, недифференцированные саркомы мягких тканей – в 3 (17,6 %), остеосаркома, гемангиоперицитомы, фибросаркома – по 2 (11,8 %) случая, хондросаркома – у 1 (5,9 %) пациента. Одинаково часто саркомы поражали клетки решетчатого лабиринта и верхнечелюстную пазуху – по 5 (29,4 %) случаев, мягкие ткани ротоглотки – в 2 (11,8 %) случаях, основную, лобную пазуху и мягкие ткани носа – по 1 (17,6 %) случаю. В исследовании преобладали пациенты с локализованными и местно-распространенными стадиями (I и II стадии) – 9 (52,9 %) случаев. Регионарные метастазы выявлялись у 5 (29,4 %), отдаленные метастазы – у 3 (17,6 %) пациентов. Всем больным проведена ХЛТ. Хирургическое лечение выполнено в 5 (29,4 %) случаях.

Результаты. Общая 5-летняя выживаемость составила 46 %. Локальные рецидивы возникли у 3 (17,6 %), диссеминация опухоли – у 2 (11,8 %) пациентов в сроки наблюдения от 3 до 14 мес.

Выводы. Создание единого регистра редких злокачественных опухолей в онкопедиатрии существенно

облегчит статистическую обработку информации и позволит оптимизировать лечебную стратегию при каждой нозологии.

Гигантская опухоль щитовидной железы с врастанием в трахею и пищевод: спустя 5 лет после пластических операций на трахее и пищеводе

А.Ю. Григорчук, Д.В. Базаров,
М.А. Выжигина

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад.
Б.В. Петровского», Москва

Цель исследования – продемонстрировать 5-летние функциональные и отдаленные результаты лечения большого местно-распространенным РЩЖ с сомнительной операбельностью.

Материалы и методы. В 2014 г. у пациента 75 лет была выявлена опухоль правой доли ЩЖ размером более 9 см, прорастающая в просвет трахеи с развитием опухолевого стеноза последней. В процессе трахеобронхоскопии выполнена биопсия из просвета трахеи, верифицирован фолликулярный РЩЖ. В ряде учреждений пациенту было отказано в лечении. Пациент самостоятельно обратился в ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского». При обследовании по данным эндоскопического УЗИ пищевода было выявлено врастание опухоли в мышечный слой пищевода, кроме того, опухоль в значительной степени распространялась за грудную до устья плечевого ствола, плотно прилежала к общей сонной артерии и плечевоголовному стволу, оттесняя их в сторону. Проведено хирургическое лечение в 2 этапа, включающее пластические вмешательства на трахее и пищеводе, при этом 1-й этап потребовал выполнения цервикостернотомии для удаления опухоли. Также были проведены повторные курсы РИТ.

Результаты. В результате выполненных операций достигнут хороший функциональный результат. Пациент полностью реабилитирован: нет трахеостомы, сохранен голос, сохранено естественное питание через рот. По прошествии 5 лет после удаления опухоли не получено данных, указывающих на местный рецидив или отдаленные метастазы.

Выводы. Пациентов с местно-распространенным РЩЖ даже в случае мультиорганного поражения необходимо рассматривать в качестве возможных кандидатов для хирургического лечения. В высокоспециализированных хирургических центрах оперативная помощь таким пациентам может давать хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Результаты операции с использованием свободных лоскутов при наличии послеоперационных дефектов тканей головы и шеи

М.М. Давудов¹, Ч.Р. Рагимов¹,
И. Херирчи², Х.Р. Фатхи²

¹Азербайджанский медицинский университет, Баку,
Республика Азербайджан;

²Научно-исследовательский институт онкологии,
Тегеранский университет медицинских наук, Тегеран, Иран

Введение. Реконструкция свободной пересадки ткани и микрососудистого анастомоза может обеспечить надежное устранение послеоперационных дефектов тканей головы и шеи.

Цель исследования — оценить клинические характеристики и результаты реконструктивной хирургии с использованием свободных лоскутов при наличии дефектов в результате онкологических операций на голове и шее.

Материалы и методы. В данное экспериментальное исследование включено 39 пациентов с диагнозом рака головы и шеи. Больные были оперированы в клиниках пластической хирургии НИИ онкологии Тегеранского университета медицинских наук и в клинике челюстно-лицевой хирургии Азербайджанского медицинского университета. После операции пациенты наблюдались в течение 3 мес, и у них были оценены хирургические результаты.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $50,8 \pm 15,1$ года. У 2 (6,9 %) пациентов отмечена полная потеря лоскутов, у 3 (10,3 %) — частичная. Скорость полной и частичной потери лоскутов в данном исследовании была менее 10 %. Не отмечено различий между группами с полной и частичной потерей лоскутов относительно среднего возраста пациента, средней продолжительности вмешательства, а значит, и периода периоперационной ишемии. Протромбиновое время и международное нормализованное отношение значительно отличались у пациентов с полной потерей лоскута по сравнению с пациентами с успешной реконструкцией. Значение международного нормализованного отношения для группы с полной потерей лоскута составило 2,2; для других пациентов — $1,2 \pm 0,3$ ($p = 0,0006$), среднее значение активированного времени свертывания крови — 46 с у пациентов с полной потерей лоскута и $82 \pm 18,9$ с у других пациентов ($p = 0,08$).

Выводы. Учитывая высокий уровень успешности, свободную пересадку тканей можно рассматривать как метод одноэтапной реконструкции почти при всех обширных дефектах тканей головы и шеи.

Возможности ультразвукового исследования гортани и гортаноглотки в диагностике рака

Н.А. Дайхес, В.В. Виноградов, А.С. Коробкин,
А.И. Гафурова, С.С. Решульский
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии
ФМБА России», Москва

Введение. Среди злокачественных новообразований в области головы и шеи рак гортани занимает 1-е место. Эффективность лечения и прогноз напрямую зависят от своевременной диагностики, выявления новообразования, распространенности патологического процесса. Одним из методов диагностики рака гортани наряду с КТ и МРТ является УЗИ. Под ультразвуковой навигацией проводится малоинвазивная чрескожная гарпунная биопсия с последующей гистологической верификацией, что помогает определить дальнейшую тактику лечения.

Цель исследования — повышение эффективности диагностики рака гортани с применением метода чрескожной гарпунной биопсии под ультразвуковой навигацией.

Материалы и методы. Наш опыт основан на проведении УЗИ гортани 57 пациентам, из них 27 с выявленным злокачественным новообразованием гортани и 30 пациентов без опухолевого поражения гортани. Исследование проводилось на аппарате GE с применением линейного датчика 7–12 МГц. УЗИ гортани и гортаноглотки выполнено пациентам для выявления и уточнения локализации новообразования, распространенности опухолевого процесса, выявления инфильтративной формы роста раковой опухоли, верификации характера новообразования методом чрескожной гарпунной биопсии под ультразвуковой навигацией.

Результаты. Нами проведено 27 исследований по методике чрескожной гарпунной биопсии под ультразвуковой навигацией. В 95 % случаев получено подтверждение злокачественного поражения органа, а именно верифицирован плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. К осложнениям можно отнести умеренно выраженный болевой синдром (10 % случаев) и гематому в области биопсии (2 % случаев), которые купируются локальной гипотермией и однократным назначением антибиотиков.

Выводы. В ходе исследования определено, что при помощи УЗИ с последующим проведением малоинвазивного вмешательства, а именно чрескожной гарпунной биопсии под ультразвуковой навигацией, возможно верифицировать новообразование и выбрать тактику хирургического лечения.

Гиперфракционная лучевая терапия местно-распространенного рака органов полости рта

М.Г. Джумаев, А.Я. Бяшимов

*Научно-клинический центр онкологии Министерства
здравоохранения и медицинской промышленности
Туркменистана, Ашхабад, Туркменистан*

Введение. Рак слизистой оболочки полости рта занимает 6-е место по распространенности среди злокачественных новообразований в мире.

Цель исследования – изучение и оценка результатов ЛТ в режиме гиперфракционного облучения местно-распространенного рака органов полости рта.

Материалы и методы. В Научно-клиническом центре онкологии Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана за период 1980–2005 гг. комплексное лечение проведено 178 (26,5 %) из 680 больных с местно-распространенными формами рака органов полости рта. При лечении больных раком органов полости рта ЛТ в режиме гиперфракционного облучения использовалась в 2 вариантах: в 1-м варианте – по 1 Гр 3 раза в день с 3–4-часовыми перерывами 6 дней в неделю, во 2-м варианте – по 1,2 Гр 2 раза в день с 5–6-часовыми перерывами. Для сравнения эффективности разработанных вариантов ЛТ в режиме гиперфракционного облучения была сформирована группа из 60 (33,7 %) больных, получавших ЛТ в традиционном режиме.

Результаты. Полная регрессия опухоли после окончания ЛТ в режиме гиперфракционного облучения по 1 Гр 3 раза в день отмечена у 43 (69,3 ± 13,3 %) пациентов, частичная регрессия более 75 % – у 16 (25,8 ± 12,7 %), стабилизация процесса – у 3 (4,9 ± 12,7 %). После окончания ЛТ по 1,2 Гр 2 раза в день полная регрессия опухоли отмечена у 33 (58,9 ± 13,3 %) пациентов, частичная регрессия более 75 % – у 18 (32,2 ± 13,3 %), стабилизация процесса – у 5 (8,9 ± 13,3 %). В группе ЛТ в традиционном режиме по 2 Гр 1 раз в день соответствующие показатели составили 29 (48,3 ± 12,9 %), 22 (36,6 ± 12,9 %) и 9 (15,1 ± 12,9 %) пациентов.

Выводы. Таким образом, в результате консервативной комбинированной ЛТ местно-распространенного рака органов полости рта с использованием гиперфракционного облучения по 1 Гр 3 раза в день полная регрессия опухоли отмечена у 69,3 ± 13,3 % больных, получены лучшие показатели при сравнении с результатами ЛТ в режиме гиперфракционного облучения по 1,2 Гр 2 раза в день и в традиционном режиме. Значительная регрессия местно-распространенного рака органов полости рта создает условия для выполнения органосохраняющих операций.

Химиолучевая терапия рака органов полости рта и ротоглотки

М.Г. Джумаев, А.Я. Бяшимов, С.В. Авдеев,
М.К. Ялкапова, М.Н. Мухаммедов

*Научно-клинический центр онкологии Министерства
здравоохранения и медицинской промышленности
Туркменистана, Ашхабад, Туркменистан*

Введение. В последние годы проводится активный поиск новых вариантов предоперационной и самостоятельной консервативной ХЛТ. Нередко местно-распространенные злокачественные опухоли органов полости рта после проведения ХЛТ становятся операбельными. По этой причине при неоперабельных формах рака органов полости рта ХЛТ применяется довольно широко и может быть альтернативой оперативному вмешательству при местно-распространенном резектабельном раке головы и шеи.

Цель исследования – изучить результаты гиперфракционного варианта ЛТ и ХТ рака слизистой оболочки органов полости рта и ротоглотки, сравнить их с результатами облучения в традиционном режиме и с результатами ХТ.

Материалы и методы. Внутриартериальная ХТ и гиперфракционированная ЛТ проведены 60 больным раком слизистой оболочки органов полости рта и ротоглотки. Проводились гиперфракционное облучение по 1,5 Гр 2 раза в день + полихимиотерапия с внутривенным и внутриартериальным введением препаратов. Для сравнительного изучения эффективности вышеуказанных методов была сформирована контрольная группа из 79 больных, получавших ЛТ в традиционном режиме по 2 Гр 1 раз в день и полихимиотерапию путем внутривенного введения препаратов.

Результаты. Полная регрессия злокачественной опухоли органов полости рта и ротоглотки после окончания последовательной ЛТ по 2 Гр 1 раз в день и полихимиотерапии путем внутривенного введения препаратов отмечена у 14 (41,1 ± 17,2 %) пациентов, а при одновременном использовании этих методов – у 17 (37,8 % ± 14,9 %). При проведении последовательной и одновременной внутриартериальной полихимиотерапии и ЛТ в гиперфракционном режиме полная регрессия злокачественной опухоли органов полости рта и ротоглотки получена соответственно у 86,7 и 90 % пациентов.

Выводы. Последовательная и одновременная внутриартериальная полихимиотерапия и ЛТ в гиперфракционном режиме позволили получить хорошие результаты при лечении рака органов полости рта и ротоглотки по сравнению с полихимиотерапией путем внутривенного введения препаратов и ЛТ в обычном режиме.

Прецизионный подход в профилактике поврежденных возвратных гортанных нервов при расширенных вмешательствах на щитовидной железе

Д.Д. Долидзе^{1,2}, Р.Б. Мумладзе¹, А.В. Варданян^{1,2}, И.Н. Лебединский², К.В. Мельник¹, Н.Н. Гогитидзе²

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва;

²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва

Введение. В настоящее время среди спектра онкологических заболеваний по приросту выделяется РЩЖ. Основным методом лечения больных с данной патологией является хирургический, который все еще сопровождается развитием целого ряда специфических осложнений. Среди последних особенным по частоте развития и сложности профилактики считается повреждение возвратного гортанного нерва. Сегодня предложено множество различных способов профилактики данного осложнения, среди которых чаще рекомендуется нейрофизиологическая визуализация возвратных гортанных нервов с использованием нейрмиографа.

Цель исследования — уменьшение частоты пареза гортани у больных с карциномой ЩЖ путем применения во время операции прецизионного подхода при визуализации возвратных гортанных нервов.

Материалы и методы. В исследуемую группу были включены 74 пациента, которые находились на обследовании и лечении в отделении эндокринной хирургии ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы» в 2017–2018 гг. У 47 (63,5 %) больных была выполнена тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией, у 27 (36,4 %) — тиреоидэктомия с футлярно-фасциальным иссечением клетчатки шеи. Папиллярный рак был диагностирован у 68 (91,8 %) пациентов, фолликулярный — у 6 (8,1 %). Средний возраст наблюдаемых составил 45,3 года. Соотношение мужчин и женщин — 1:9. Всем больным были выполнены экстрафасциальные вмешательства по усовершенствованной методике с использованием прецизионной техники. Визуализацию и выделение возвратного гортанного нерва выполняли на этапе мобилизации заднебоковой поверхности ЩЖ в зоне связки Берри. У всех пациентов визуализировали и выделяли возвратный гортанный нерв сверху вниз на всем протяжении, при этом использовали прецизионный подход, микрохирургический инструментарий и, в ряде случаев, увеличитель-

ные приборы. Для выявления возвратного нерва нейрмиографию не проводили. После этого выполняли центральную лимфодиссекцию, которая в 27 (36,4 %) случаях дополнилась боковой лимфаденэктомией. На 2–3-и сутки после операции всем больным проводили ларингоскопию.

Результаты. В послеоперационном периоде при изучении результатов лечения у пациентов ограничения подвижности голосовых связок зафиксировано не было.

Выводы. Таким образом, для профилактики повреждений возвратных гортанных нервов при расширенных вмешательствах на ЩЖ у больных с тиреоидной карциномой возможно применение прецизионного подхода без использования дорогостоящей медицинской техники.

Анализ статистических показателей заболеваемости раком гортани в 2017 г. в Республике Беларусь

Д.Л. Ена, Д.П. Александров, Е.Н. Кузьмин

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

Цель исследования — улучшить эффективность диагностики рака гортани путем повышения онконастороженности оториноларингологов и соблюдения принципов диспансеризации пациентов с предраковыми состояниями.

Материалы и методы. Проанализированы данные канцер-регистра Республики Беларусь за 2017 г.

Результаты. В Республике Беларусь за 2017 г. выявлено 625 случаев рака гортани, из них 604 у мужчин и 21 у женщин. Четыреста семь пациентов являются жителями городов, 197 — сельской местности. Пятьсот шестьдесят семь пациентов подлежали специальному лечению, у них была установлена II клиническая группа. Поражение среднего отдела гортани было зарегистрировано у 239 пациентов, вестибулярного отдела — у 83, подскладочного — у 13. Первая стадия была установлена у 22,5 % пациентов, II стадия — у 21,6 %; 55,9 % пациентов были с местно-распространенными опухолями. Однолетняя летальность от рака гортани в Республике Беларусь составила 22,2 %. Известно, что прогноз зависит от стадии, так, при I стадии 5-летняя выживаемость в Республике Беларусь составила 86,1 %, а при IV стадии — 15,6 %. При анализе запущенных случаев рака выявлено, что большинство пациентов находились на диспансерном учете по поводу

хронического ларингита курильщика, однако биопсия измененной слизистой оболочки не выполнялась.

Выводы. Эпидемиологические исследования, проведенные в различных странах, показали, что рак гортани развивается на фоне хронических заболеваний, составляющих группу облигатного предрака. Несоблюдение принципов диспансеризации приводит к длительному неадекватному ведению пациентов с предраком и ранним раком гортани, что является основной причиной запущенности.

У подавляющего большинства (83 %) пациентов опухоль локализовалась в среднем отделе и вызывала стойкую дисфонию, т. е. болезнь не протекала бессимптомно и могла быть выявлена.

С целью оптимизации ранней диагностики необходимо оперативно выявлять предраковые состояния и проводить диспансеризацию пациентов с дисфонией с обязательным выполнением биопсии измененного участка слизистой оболочки гортани при отсутствии эффекта от проведенного в течение 2 нед консервативного лечения.

Тактические подходы к лечению местно-распространенных злокачественных опухолей орбитальной области

М.А. Енгибарян¹, И.В. Решетов², О.И. Кит¹

¹ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону;

²ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва;

Введение. Сложность анатомического строения, высокая функциональная и эстетическая значимость орбитальной области предопределяют трудности противоопухолевого лечения.

Цель исследования — улучшение результатов терапии опухолей придаточного аппарата глаза за счет разработки персонализированного подхода к выбору метода лечения, разработки новых и модификации стандартных методов лечения и реабилитации.

Материалы и методы. Исследование было проведено у 467 больных. Прорастание опухоли в орбиту отмечено у 70 % пациентов, из них в 10,3 % случаев имело место разрушение костных структур. Были сформированы подгруппы со стандартными подходами к реконструктивно-пластическому этапу ($n = 324$) и с выполнением реконструкции по разработанному нами способу ($n = 59$). Разработан и применен способ устранения дефектов лица, сущность которого заключается в использовании кожно-жировых лоскутов, подготовленных

путем введения смеси плазмы, обогащенной тромбоцитами, и аутожира. В подгруппу для сравнительного анализа результатов вошли 84 пациента, которым была выполнена экзентерация орбиты.

Результаты. У 95 % пациентов удалось сохранить в исходе лечения функционирующий орган зрения. Пятилетняя безрецидивная выживаемость в подгруппах достоверно не различалась (93,5 и 91,5 % против 96,4 %). После органосохраняющего лечения положительный эстетический эффект достигнут у большинства пациентов, однако выявлено увеличение доли оценок «отлично» с 25 до 86,4 % при использовании лоскутов, подготовленных по разработанному нами способу.

Выводы. Одномоментное выполнение разрушающего и реконструктивного этапов лечения с надежным пластическим восстановлением утраченных структур расширяет показания к органосохраняющему лечению, позволяя сохранить глазное яблоко у 95 % пациентов с местно-распространенными опухолями орбитальной области. Использование современных методик пластической хирургии, гармонизированных с противоопухолевой терапией, способствует достижению отличных и хороших эстетических результатов у 98,3 % больных, увеличивая долю отличных результатов по сравнению со стандартными методиками реконструкции дефектов с 59,6 до 86,4 %.

Частота осложнений после тиреоидэктомии с шейной лимфодиссекцией у детей, больных раком щитовидной железы

Н.В. Иванова, В.Г. Поляков, Р.В. Шишков

НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

Цель исследования — установить частоту возникновения послеоперационных осложнений у детей после тиреоидэктомии с шейной лимфодиссекцией.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2017 г. нами было выполнено 90 тиреоидэктомий с шейной лимфодиссекцией у больных в возрасте от 5 до 18 лет. Средний возраст пациентов — 13 лет, соотношение мальчики/девочки — 1:2,5. По стадиям опухолевого процесса в соответствии с классификацией TNM пациенты разделились следующим образом: T1N1M0 — 15 случаев, T2N0–1aM0 — 40, T3N0–1a–bM0 — 17, T4N1bM0–1 — 18. Тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией выполнена у 47 пациентов (стадия T1N1aM0 — 15 случаев, T2N0–1aM0 — 28, T3N0M0 — 4), тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией и фасциально-футлярным иссечением ЛУ и клетчатки шеи

со стороны поражения – у 24 (стадия T2N1aM0 – 15 случаев, T3N1aM0 – 5, T4N1aM0 – 4), тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией и фасциально-футлярным иссечением ЛУ и клетчатки шеи с двух сторон – у 19 (стадия T3N0–1aM0 – 1 случай, T4N1bM0 – 18). Гистопатологические варианты: в 87 случаях диагностирован папиллярный рак, в 3 – фолликулярный.

Результаты. Послеоперационное осложнение в виде отека гортани развилось у 1 (1,1 %) пациента (стадия T4N1bM0) после тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией и фасциально-футлярным иссечением ЛУ и клетчатки шеи с двух сторон. Парез гортани односторонний зафиксирован у 4 (4,4 %) пациентов после тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией и фасциально-футлярным иссечением ЛУ и клетчатки шеи с двух сторон (стадия T4N1aM0 – 1 случай, T4N1bM0 – 1, T3N1bM0 – 1, T2N1aM0 – 1); у 2 пациентов он носил стойкий характер. Односторонний паралич гортани выявлен у 1 (1,1 %) пациента (стадия T4N1bM1) после выполнения тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией и фасциально-футлярным иссечением ЛУ и клетчатки шеи с двух сторон. Транзиторный гипопаратиреоз отмечен у 28 (31,1 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде (стадия T2N1aM0 – 13 случаев, T3N1bM1 – 4, T4N1aM0 – 5, T4N1bM0 – 6), из них тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией и фасциально-футлярным иссечением ЛУ и клетчатки шеи со стороны поражения подверглись 10 больных, тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией и фасциально-футлярным иссечением ЛУ и клетчатки шеи с двух сторон – 8, тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией – 10. Хронический гипопаратиреоз развился у 2 (2,2 %) пациентов (стадия T4N1bM1), которые подверглись тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией и фасциально-футлярным иссечением ЛУ и клетчатки шеи с двух сторон.

Выводы. Послеоперационных осложнений у пациентов без метастазов в ЛУ шеи со стадиями T2–3N0M0 и T1N0M0 не отмечено. Послеоперационные осложнения диагностированы у больных с метастазами в ЛУ шеи. Стойкие послеоперационные осложнения возникли у 5 пациентов: у 2 (2,2 %) – хроническая паратиреоидная недостаточность, у 1 (1,1 %) – паралич возвратного нерва гортани, у 2 (2,2 %) – стойкий односторонний парез гортани. Транзиторная паратиреоидная недостаточность отмечалась у 28 (31,1 %) пациентов, развивалась в раннем послеоперационном периоде и купировалась приемом препаратов кальция в течение 1–2 нед.

Взаимосвязь уровня экспрессии матричной РНК кальпаинов 1 и 2 с уровнем экспрессии генов белков клеточной подвижности

Г.В. Какурина, О.В. Черемисина, И.В. Кондакова, Е.Л. Чойнзонов

НИИ онкологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», Томск

Введение. Для улучшения прогнозирования течения и исхода плоскоклеточного рака головы и шеи необходим поиск новых маркеров, что подразумевает выяснение молекулярных особенностей прогрессирования. Ранее была показана значимая роль в прогрессировании плоскоклеточного рака головы и шеи активности внутриклеточных протеаз кальпаинов, однако неизвестно, влияет ли уровень экспрессии генов, кодирующих кальпаин 1 и 2 (*CAPN1*, *CAPN2*), на уровень экспрессии генов, кодирующих белки клеточной подвижности.

Цель исследования – выявить взаимосвязь уровня экспрессии генов *CAPN1* и *CAPN2* с уровнем экспрессии генов маркеров клеточной подвижности (*SNAIL1*, *VIM*, *RND3*) и актин-связывающих белков, кофилина (*CFN1*), профилина (*PFN1*), ээрина (*EZR*), фасцина (*FSCN1*) и аденилил-циклаза-ассоциированного протеина 1 (*CAP1*).

Материалы и методы. Уровень экспрессии генов определяли методом обратнотранскриптазной полимеразной цепной реакции в реальном времени и рассчитывали методом 2-ΔΔCt в парных образцах ткани, взятых у 48 больных плоскоклеточным раком головы и шеи в стадии T1–4N0–1M0, разделенных по уровню экспрессии *CAPN1* и *CAPN2* на группы с низкой и высокой экспрессией.

Результаты. Анализ экспрессии матричной РНК генов маркеров клеточной подвижности и актин-связывающих белков в группах больных плоскоклеточным раком головы и шеи с низким и высоким уровнями экспрессии *CAPN1* и *CAPN2* показал изменения всех показателей на уровне тенденций. Высокий уровень экспрессии *CAPN1* отмечен в группе больных плоскоклеточным раком головы и шеи с регионарными метастазами, а низкий уровень экспрессии *CAPN1* сопровождался высоким уровнем экспрессии *SNAIL1* и *VIM*. В группе с высоким уровнем экспрессии *CAPN1* наблюдалась сильная взаимосвязь экспрессии *FSCN1*–*SNAIL1*–*PFN1*, *VIM*–*RND3*, *CFN1*–*CAP1*. В группе с низким уровнем экспрессии *CAPN1* наблюдалась сильная взаимосвязь экспрессии *SNAIL1*–*FSCN1*, *VIM*–*CAP1*–*CFN1*. В группе с высоким уровнем экспрессии *CAPN2* наблюдалась сильная взаимосвязь экспрессии *VIM*–*CAP1*, *FSCN1*–*PFN1*–*CFN1*. В группе с низким

уровнем экспрессии *CAPN2* наблюдалась сильная взаимосвязь экспрессии *VIM–CAPI–EZR, PFN1–CFN1*.

Выводы. Таким образом, уровень экспрессии *CAPN1* влияет на уровень экспрессии всех генов маркеров клеточной подвижности, а уровень экспрессии *CAPN2* – только на уровень экспрессии *VIM*. Уровень экспрессии *CAPN2* в большей степени связан с уровнем экспрессии генов актин-связывающих белков.

Эхосонография при раке гортани

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

ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница №1 Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва

Введение. Проблема диагностики рака гортани остается актуальной, так как применяемые традиционные методы исследования малоэффективны при эндофитных опухолях, когда с помощью эндоскопических методик сложно выявить и оценить распространенность новообразования, выполнить морфологическую верификацию заболевания. Нами разработаны методика УЗИ гортани и способ диагностики эндофитных злокачественных опухолей гортани (патент № 2275169).

Цель исследования – повышение эффективности диагностики рака гортани.

Материалы и методы. УЗИ гортани проводили на аппаратах Logiq 700MR, Aloka SSD-1100, Logiq P5 с помощью датчиков 5; 7,5; 10 и 12 МГц. Исследование выполняли в положении пациента на спине с запрокинутой головой. Эхосонографию гортани осуществляли путем непрерывного сканирования шеи от подъязычной области до уровня яремной вырезки во фронтальной и фронтолатеральной плоскостях, индивидуально изменяя угол наклона датчика с учетом дыхательной подвижности органа. При фонации во время непрерывного произношения звука «и» оценивали толщину, подвижность элементов гортани и гортаноглотки. При исследовании гортани во фронтальной и фронтолатеральной плоскостях оценивали надскладковый, складковый и подскладковый отделы, просвет органа, хрящи, преднадгортанниковое клетчаточное пространство, грушевидные синусы, мягкие ткани, ЩЖ, ЛУ, сосуды шеи. Кроме того, для уточнения природы новообразования проводили инструментальную пальпацию с помощью инъекционной иглы под контролем УЗИ с последующей пункционной аспирационной биопсией методом «свободной руки».

Результаты. Наш опыт основан на исследовании 93 больных раком гортани, из них при T1–2 – 29 пациентов, при T3–4 – 64. Эхосонография позволила выявить различные формы роста рака гортани, особенно эндофитный компонент, оценить распространенность опухоли как эндоларингеально, так и экстраорганно, верифицировать ее. Исследовать просвет гортани

не представлялось возможным в 25,8 % наблюдений в связи с острым углом и окостенением щитовидного хряща.

Выводы. Разработанная методика УЗИ гортани позволяет выявить различные формы роста рака гортани, особенно эндофитный компонент, оценить распространенность опухоли, выполнить пункцию новообразования и морфологическую верификацию.

Фиброзно-костные поражения костей черепа у детей

А.Ю. Кугушев¹, А.В. Лопатин², С.А. Ясонов¹, Д.В. Рогожин¹

¹Российская детская клиническая больница ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва;

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

Введение. Доброкачественные фиброзно-костные поражения костей черепа – однородная группа заболеваний со сходной клинико-рентгенологической и микроскопической картиной. Данная группа достаточно широка и включает реактивные, неопластические, прогрессирующие и диспластические патологические процессы, лечение которых варьирует в зависимости от типа заболевания.

Цель исследования – разработка клинико-рентгенологических критериев дифференциальной диагностики доброкачественных фиброзно-костных поражений костей черепа.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии Российской детской клинической больницы ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России за период 2007–2017 гг. В ретроспективный анализ включены все фиброзно-костные поражения по данным КТ и гистологического исследования. Из анализа исключены пациенты, которым не проводилось гистопатологическое исследование.

Результаты. Разработаны клинико-рентгенологические критерии дифференциальной диагностики доброкачественных фиброзно-костных поражений костей черепа, позволяющие не проводить необоснованных калечащих операций, определены возможности проведения таргетной терапии в случае гигантоклеточного поражения или антирезоблтивной противорецидивной либо стабилизирующей терапии в случае диффузно-склерозирующего остеомиелита, фиброзной дисплазии.

Выводы. Фиброзно-костные поражения костей черепа составляют большую гетерогенную группу с разным прогнозом и подходом к лечению. Высокая

частота ошибок при постановке диагноза и, как следствие, неправильный выбор объема лечения требуют обязательного комплексного подхода к диагностике этих заболеваний. Только тесное взаимодействие патологоанатома, лучевого диагноста и хирурга позволяет правильно поставить диагноз и выбрать оптимальную тактику лечения.

Использование медиального перфорантного сурального лоскута в реконструкции языка после его частичной резекции

Д.Е. Кульбакин^{1,2}, Е.Л. Чойнзонов^{1,3},
М.Р. Мухамедов^{1,3}

¹НИИ онкологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», Томск;

²ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск;

³ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Цель исследования — оценка возможности использования медиального перфорантного сурального лоскута в реконструкции языка.

Материалы и методы. Из 170 пациентов с реконструкцией дефектов тканей головы и шеи в исследовании включено 27 больных раком языка, которым была выполнена резекция языка с последующей реконструкцией. Из исследования исключены больные, которым вместе с резекцией языка выполнялась резекция нижней челюсти, а также те, которым была выполнена глоссэктомия. Пациенты, включенные в исследование, получали лечение на базе отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН» в период с 2012 по 2018 г. Возраст больных составил от 24 до 71 года (средний возраст 49 лет). Среди пациентов мужчин было 14 (52 %), женщин — 13 (48 %). По стадии заболевания пациенты распределились следующим образом: T2 — 11 (40 %), T3 — 16 (60 %), N1—10 (37 %). Резекция языка составляла от 1/2 до 2/3 его объема. Для реконструкции использовался подбородочный лоскут — в 12 (44 %) случаях, лучевой лоскут — в 2 (7 %), переднелатеральный перфорантный лоскут бедра — в 5 (18 %), медиальный перфорантный суральный лоскут — в 5 (18 %). Средние размеры используемых лоскутов: подбородочный лоскут — 8 × 4 см, толщина 10 мм; лучевой лоскут — 10 × 4 см, толщина 7–10 мм; переднелатеральный перфорантный лоскут бедра — 12 × 5 см, толщина 16–20 мм; медиальный перфорантный суральный лоскут — 10 × 5 см, толщина 12–14 мм.

Результаты. В ранний послеоперационный период (до 1 мес) лучшие функциональные результаты (подвижность языка, ясность речи) зафиксированы в группе больных с использованием лучевого и медиального перфорантного сурального лоскутов. Однако в более отдаленные сроки (до 1 года) отмечались явления атрофии кожно-фасциальных лоскутов, и в этот период лучшие функциональные результаты отмечены в группах операций с использованием переднелатерального перфорантного лоскута бедра и медиального перфорантного сурального лоскута. В группах операций с использованием подбородочного и лучевого лоскутов отмечались явления атрофии лоскута и деформация языка, втягивание культи языка в сторону дефекта, сглаживание язычно-нижнечелюстной борозды. Следует отметить, что в 2 случаях использования переднелатерального перфорантного лоскута бедра имел место краевой некроз лоскута в области сформированного кончика, что связано с избыточным слоем подкожного жира. Забор медиального перфорантного сурального лоскута осуществлялся под пневматическим жгутом, донорская рана закрывалась за счет сведения ее краев. Длительность «подъема» лоскута составила от 45 до 105 мин (в среднем 62 мин).

Выводы. Хорошие отдаленные функциональные результаты и малая травматичность донорской области позволяют рекомендовать медиальный перфорантный суральный лоскут для реконструкции языка при его частичных резекциях.

Челюстно-лицевое протезирование как компонент медицинской реабилитации онкологических пациентов с послеоперационными дефектами костей лицевого скелета

В.А. Лобко, О.Г. Суконко, Ж.В. Колядич,
Е.Н. Кузьмин, С.Г. Можейко, М.Н. Макаревич,
В.В. Неумержицкий

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

Цель исследования — изучить функциональную эффективность зубных протезов, изготовленных в разные сроки после оперативного вмешательства; разработать алгоритмы изготовления челюстно-лицевых протезов в зависимости от их функционального назначения.

Материалы и методы. Планирование изготовления челюстно-лицевых протезов зависит от их функции и назначения. Нами изготовлено 36 непосредственных протезов (1-й этап), 14 протезов в ранние

сроки (2-й этап) и 12 – в отдаленные сроки. Как правило, после частичной и полной резекции верхней и нижней челюстей наступают изменения в конфигурации лица за счет образования рубцовых изменений, западения мягких тканей. Непосредственные зубные протезы накладываются на операционном столе. Это позволяет сформировать контур мягких тканей по шаблону, что положительно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациента в ранние сроки послеоперационного периода и на сроках медицинской реабилитации.

В ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» разработана программа реабилитации пациентов с опухолями головы и шеи и предложен алгоритм их ведения. Программа предусматривает современные диагностику, 3D-проектирование и оперативное вмешательство, поэтапное челюстно-лицевое протезирование с восстановлением функций глотания, жевания и речи. При планировании комплексного лечения пациента предусматривается стоматологическая подготовка полости рта под каждый этап челюстно-лицевого протезирования.

Результаты. Эффективность изготовленных челюстно-лицевых протезов (особенно непосредственных) проявилась в сокращении сроков медицинской, психологической и социальной реабилитации пациентов с опухолями верхней и нижней челюстей.

Выводы. Предлагаемые нами программа и алгоритмы реабилитации пациентов с челюстно-лицевой патологией зависят от целей и задач в послеоперационном периоде (т.е. от выбранного пациентом этапа изготовления челюстно-лицевых протезов и объема реабилитации).

Экспрессия онкогенных и онкосупрессорных микроРНК в медуллярном, папиллярном раке и узловых образованиях щитовидной железы

С.А. Лукьянов¹, С.В. Сергийко¹, С.Е. Титов²,
Ю.А. Веряскина², А.В. Вазенин^{1,3}

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск;

²ФГБУН «Институт молекулярной и клеточной биологии Сибирского отделения РАН», Новосибирск;

³ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», Челябинск

Введение. Некодирующие микроРНК являются посттранскрипционными регуляторами экспрессии белок-кодирующих генов. Недавние исследования

показали наличие специфических особенностей в уровне экспрессии онкогенных и онкосупрессорных микроРНК при медуллярном РЩЖ. Дальнейшие работы в этом направлении имеют перспективное значение для ранней диагностики потенциально агрессивных форм медуллярного РЩЖ и разработки персонализированных схем лечения.

Цель исследования – сравнить экспрессию онкогенных и онкосупрессорных микроРНК в медуллярном, папиллярном РЩЖ и узловых образованиях ЩЖ.

Материалы и методы. Проведено сравнение уровней экспрессии микроРНК в гистологических и цитологических препаратах от больных медуллярным РЩЖ ($n = 27$), папиллярным РЩЖ ($n = 40$) и пациентов с доброкачественными узлами ЩЖ ($n = 27$). Исследованы 13 микроРНК, которые наиболее часто используются для типирования опухолей ЩЖ: miR-144, -146b, -145, -155, -183, -199b, -221, -223, -31, -375, -451a, -551b, -7.

Результаты. Установлено, что экспрессия онкогенной miR-183 в медуллярном РЩЖ в среднем 10,8 раз выше, чем в папиллярном РЩЖ, и в 5 раз выше, чем в доброкачественных узлах ЩЖ. Экспрессия онкогенной miR-375 в медуллярном РЩЖ оказалась в 180 раз выше, чем в папиллярном РЩЖ и доброкачественных узлах ЩЖ. Экспрессия miR-7 не подтвердила ее ранее описанную онкосупрессорную функцию при медуллярном РЩЖ и была в 2,5 раза выше, чем в доброкачественных узлах ЩЖ. Экспрессия miR-144 в медуллярном РЩЖ была в 4,3 раза ниже по сравнению с доброкачественными узлами ЩЖ, но достоверно количественно не отличалась от таковой в папиллярном РЩЖ. Уровень экспрессии miR-199 в медуллярном РЩЖ оказался в 2,3 раза ниже, чем в папиллярном РЩЖ и доброкачественных узлах ЩЖ. Количественная экспрессия miR-221 в образцах медуллярного РЩЖ была в 2,7 раз выше, чем в доброкачественных узлах ЩЖ, но ниже, чем в папиллярном РЩЖ.

Выводы. Уровни экспрессии онкогенных miR-375 и -183 в медуллярном РЩЖ оказались значительно выше, чем в папиллярном РЩЖ и доброкачественных узлах ЩЖ, что соответствует результатам исследований других авторов. Нами установлена потенциальная онкогенная роль miR-7, что опровергает ее ранее описанную онкосупрессорную функцию. Уровни экспрессии микроРНК, специфичных для папиллярного РЩЖ, достоверно различались с таковыми в образцах медуллярного РЩЖ, которые также меняются при развитии папиллярного рака. В них были отмечены пониженные по сравнению с доброкачественными узлами ЩЖ уровни экспрессии miR-144 и -199b, которые считаются онкосупрессорами папиллярного РЩЖ, и повышенная концентрация онкогенной для папиллярного РЩЖ miR-221.

Прогностическая оценка агрессивности папиллярного рака щитовидной железы на основании экспрессии различных микроРНК

С.А. Лукьянов¹, С.В. Сергийко¹, С.Е. Титов²,
Ю.А. Веряскина², А.В. Важенин^{1,3},
А.Б. Семенова³, Т.В. Веретенникова⁴

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск;

²ФГБУН «Институт молекулярной и клеточной биологии Сибирского отделения РАН», Новосибирск;

³ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», Челябинск;

⁴МАУЗ ОТКЗ «Городская клиническая больница № 1», Челябинск

Введение. Исследования экспрессии микроРНК в опухолях ЩЖ открывают новые возможности их использования для диагностики рака и персонализации лечения пациентов.

Цель исследования — анализ наличия мутаций и уровней экспрессии различных микроРНК, имеющих значение в онкогенезе папиллярного РЩЖ.

Материалы и методы. Были исследованы уровни экспрессии микроРНК в гистологических препаратах от 89 больных папиллярным РЩЖ, оперированных в МАУЗ ОТКЗ «Городская клиническая больница № 1» и ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» в 2017–2018 гг. Группы сравнения составили 40 пациентов с микрокарциномами (узел ≤ 1 см, без выявленных метастазов на момент лечения), 29 пациентов с гистологически подтвержденными метастазами в регионарных ЛУ шеи (ЛУ II–VII уровня, моно- и/или билатеральные), 20 пациентов с отдаленными метастазами в кости, легкие, подтвержденными гистологически и/или при скинтиграфии всего тела с РФП. На основании ранее проведенных исследований были выбраны 13 микроРНК, которые имеют наибольшее значение для опухолей ЩЖ: miR-144, -146b, -145, -155, -183, -199b, -221, -223, -31, -375, -451a, -551b, -7, и мутации гена *BRAF*. Сравнение проводили с уровнем экспрессии этих микроРНК в доброкачественных узлах ЩЖ ($n = 27$).

Результаты. В общей группе больных папиллярным РЩЖ по сравнению с доброкачественными узлами ЩЖ статистически значимо оказалась повышена экспрессия miR-146b, -221, -31, -375, -551b, понижена — miR-144, -451, -7, -223, -145. Кратность изменения уровней экспрессии некоторых микроРНК значительно различалась по группам сравнения. Так, экспрессия miR-146b в группе пациентов с микрокарциномами была повышена более чем в 10 раз в 7,5 % случаев, в группе пациентов с гистологически подтвержденными

метастазами в регионарных ЛУ шеи — уже в 17,2 % случаев, а в группе пациентов с отдаленными метастазами — в 22,2 % случаев. Экспрессия miR-144 оказалась пониженной более чем в 10 раз при микрокарциномах в 17,5 % случаев, при метастазах в регионарных ЛУ шеи — в 31 % случаев, а при отдаленных метастазах — уже в 61 % случаев. Экспрессия miR-451 была снижена более чем в 2 раза у 7,5 % пациентов с микрокарциномами, при метастазах в регионарных ЛУ шеи — у 24,1 % пациентов, при отдаленных метастазах — у 27,7 % пациентов. Экспрессия miR-7 оказалась сниженной более чем в 100 раз только у 2,5 % пациентов с метастазами в регионарных ЛУ шеи, у 17,2 % пациентов с микрокарциномами и уже у 38,9 % пациентов с отдаленными метастазами. Экспрессия miR-221 была повышена у 27,5 % больных с метастазами в регионарных ЛУ шеи, у 31 % пациентов с микрокарциномами и у 66,7 % пациентов с отдаленными метастазами. Мутация *BRAF* обнаружена в 70,8 % случаев, и частота ее по группам не различалась.

Выводы. В проведенном исследовании показано, что высокая экспрессия онкогенных miR-146b, -221, а также низкое содержание онкосупрессорных miR-144, -451, -7 отмечаются в группе больных с регионарными метастазами и в еще большей степени — у пациентов с отдаленными метастазами. Также значительные колебания экспрессии вышеописанных микроРНК наблюдаются и у небольшой группы больных папиллярным РЩЖ с микрокарциномами.

Наш опыт применения трансназальной эндоскопической хирургии в комплексном лечении детей с новообразованиями параменингеальной локализации

О.А. Меркулов, Д.А. Булетов, Т.В. Горбунова,
В.Г. Поляков

НИИ детской онкологии и гематологии ФБГУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

Метод трансназальной эндоскопической хирургии становится все более популярным в лечении детей с опухолями полости носа, основания черепа и параменингеальной локализации. Мы представляем опыт применения трансназальной эндоскопической хирургии у 55 детей, находившихся на лечении в хирургическом отделении опухолей головы и шеи НИИ детской онкологии и гематологии ФБГУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

С 2015 по 2018 г. выполнено 62 трансназальные хирургические операции 55 пациентам. Самому младшему пациенту на момент операции было 36 дней,

самому старшему — 17 лет 1 мес. Гистологический состав новообразований был крайне разнообразным: встречались инвертированная папиллома, эстезионейробластома, рабдомиосаркома, фиброзная дисплазия, ангиома полости носа, эктопия нервной ткани (глиома), фибросаркома, остеосаркома, пиоцеле, лимфома Беркитта, атрезия носослезного протока, гемангиоперицитомы. Сорок девять пациентов на данный момент живы.

Современные методики эндоназальной хирургии играют важную роль в установлении диагноза, в проведении лечения у первичных больных и пациентов с рецидивами. Это метод выбора конечного лечения детей не только с доброкачественными, но и со злокачественными новообразованиями полости носа, основания черепа и параназальной локализации. С применением данных современных технологий у пациентов различного возраста мы достигли основных целей эндоскопических вмешательств: полного визуального контроля выполняемых манипуляций, безопасности, максимального сохранения анатомических структур при минимальной травматичности, существенного укорочения сроков госпитализации и последующей реабилитации пациентов.

Повторная лучевая терапия при рецидивах и вторых первичных опухолях головы и шеи: опыт отдельной клиники

А.В. Михайлов^{1,2}, Н.А. Воробьев¹⁻³,
Н.И. Мартынова¹, Ю.В. Гуцало¹, Д.А. Антипин¹,
Р.Ф. Миндиярова¹, Р.В. Фролов¹

¹Медицинский институт им. Березина Сергея,
Санкт-Петербург;

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург;

³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Введение. Локальные и локорегионарные рецидивы рака головы и шеи выявляются более чем у 30 % пациентов после успешного комплексного лечения. Наиболее эффективным является хирургический метод лечения рецидива, однако он может быть осуществлен только у 20 % больных. ХТ и таргетная терапия характеризуются неудовлетворительными показателями эффективности. С развитием технического обеспечения методов визуализации и ЛТ стало возможным повторное облучение после первичной ЛТ, проведенной в радикальных дозах.

Цель исследования — оценка переносимости, непосредственных результатов и безопасности повторного облучения.

Материалы и методы. В исследование включен 31 пациент с рецидивами и вторыми первичными опухолями головы и шеи. Локализация облучаемых опухолей: носоглотка, придаточные пазухи носа, нижний отдел глотки, ЛУ шеи. Гистологические варианты были типичны для данных локализаций: плоскоклеточный рак, назофарингеальная карцинома, аденокистозный рак. Суммарные очаговые дозы при первичном облучении варьировали от 44 до 66 Гр. Временной интервал между курсами ЛТ составил от 6 до 38 мес. Объем облучения формировался на основании данных КТ, МРТ и ПЭТ с глюкозой. При сравнительно небольших интервалах между курсами облучения и при локальном характере рецидива применяли стереотаксическую ЛТ в режиме гипофракционирования. Разовые очаговые дозы составили от 7 до 13 Гр, суммарные — 35–36 Гр, количество фракций — от 3 до 5. При подозрении на вторую опухоль, а также при поражении регионарных ЛУ применяли стандартное фракционирование с суммарными дозами 66–70 Гр. ЛТ проводили на линейном ускорителе с использованием объемной модуляции пучка и на установке «Кибер-нож». Контрольную МРТ для оценки непосредственных результатов лечения выполняли через 4–6 нед с момента окончания курса ЛТ.

Результаты. Непосредственные результаты лечения удалось оценить у 30 больных. Частичный регресс отмечен у 23 пациентов, стабилизация заболевания — у 7. Один пациент погиб от профузного кровотечения через 3 нед после окончания курса ЛТ. Ранними лучевыми реакциями были лучевой дерматит I–II степени (у 27 пациентов) и лучевой мукозит II–III степени (у 28 пациентов). Медиана наблюдения — 12 мес. К настоящему моменту живы 16 пациентов. Двое погибли от осложнений лечения в виде кровотечения из крупных сосудов, 4 пациента — от сопутствующей патологии. У 9 пациентов выявлено прогрессирование заболевания с развитием отдаленных метастазов. Поздних лучевых повреждений центральной нервной системы к текущему сроку наблюдения не отмечено.

Выводы. Повторная стереотаксическая ЛТ у пациентов с рецидивом рака головы и шеи является хорошо переносимым и достаточно эффективным методом лечения, однако риск развития поздних лучевых повреждений ранее облученных тканей и фатальных осложнений заставляет тщательно подходить к отбору кандидатов для данного вида лечения.

Роль размера опухоли и глубины ее инвазии в метастазировании рака полости рта cT1–2N0M0

Ш.И. Мусин, С.В. Осокин, А.А. Смольников,
А.В. Султанбаев, М.М. Замилов,
М.А. Вахитов, В.В. Ильин

ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», Уфа

Введение. Частота метастазирования при раке полости рта cT1–2N0M0 варьирует от 10,5 до 38,5 % случаев. И, как правило, точность стадирования по критерию N ограничена пределами диагностических возможностей УЗИ, КТ, МРТ и ПЭТ. При этом адекватное стадирование по критерию N является определяющим моментом в планировании тактики ведения и прогноза. «Золотым стандартом» определения статуса по критерию N является гистологическое исследование регионарного ЛУ, полученного при шейной лимфодиссекции.

Цель исследования — определить частоту регионарного метастазирования при раке полости рта cT1–2N0M0 в зависимости от стадии (T) и глубины инвазии опухоли.

Материалы и методы. В исследование был включен 31 пациент с раком стадии cT1N0M0 и 60 пациентов с раком стадии cT2N0M0. Гендерное распределение: 32 женщины и 59 мужчин. Средний возраст составил 57,6 года. Пациенты были распределены по группам наблюдения ($n = 46$), шейной лимфодиссекции ($n = 35$) и биопсии сигнального ЛУ.

Результаты. В группе наблюдения метастазы (pN^+) реализовались у 32,5 % пациентов, в группе шейной лимфодиссекции — у 30,5 %, в группе биопсии сигнального ЛУ — у 26,7 %. Таким образом, при стадии T1 частота метастазирования составила 8 случаев из 31, а при T2 — 20 случаев из 60. Всем пациентам были проведены пересмотр микропрепаратов и определение глубины инвазии опухоли. Глубину инвазии опухоли удалось определить у 61 пациента. Проведено перестадирование согласно классификации TNM 8-го издания. Распределение по стадии T было следующим: T1 — 10 случаев, T2 — 39, T3 — 6. Изменение стадии T имело место у 16,7 % пациентов. Частота метастазирования при T1 составила 20 %, при T2 — 30,7 %, при T3 — 50 %. Регрессионный анализ подтвердил более высокую прогностическую значимость глубины инвазии опухоли для регионарного метастазирования.

Выводы. По данным перестадирования с учетом глубины инвазии (согласно TNM 8-го издания) стадия T изменилась у 16,7 % пациентов. Глубина инвазии опухоли в сравнении с размером опухоли — более значимый прогностический фактор регионарного метаста-

зирования. Внедрение стандартов гистологических протоколов оценки опухоли улучшит адекватную оценку распространенности опухоли.

Увеальная меланома: генетический анализ и лечение

В.В. Назарова, И.В. Цыганова, И.А. Утяшев,
К.В. Орлова, Д.В. Мартынков, Л.В. Демидов,
Н.Н. Мазуренко

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России, Москва

Увеальная меланома развивается из меланоцитов увеального (сосудистого) тракта (хориоидеи, цилиарного тела, радужки) и является редкой разновидностью меланомы (3 % от всех случаев меланомы). Увеальная меланома отличается от меланомы кожи и слизистых оболочек как по клиническому течению, так и по молекулярно-генетическим свойствам. Молекулярно-генетическое типирование увеальной меланомы является обязательным для прогнозирования течения болезни, выбора тактики лечения.

За период с октября 2012 г. по январь 2015 г. пролечен 131 пациент с метастатической увеальной меланомой (56 мужчин и 75 женщин). Средний возраст составил 53 года (25–78 лет). Все пациенты были разделены на группы в зависимости от режима ХТ и получали дакарбазин или паклитаксел, нитрозомочевину, или комбинации тресульфана с гемцитабином. На фоне проводимой ХТ не было зарегистрировано объективных ответов, наибольшее число случаев стабилизации получено при применении комбинаций паклитаксела с карбоплатином и тресульфана с гемцитабином (41 и 45 % соответственно).

Молекулярно-генетическое исследование проведено у 57 пациентов, из них у 39 (68 %) женщин. У 47 (82 %) больных диагностирована меланома хориоидеи, у 4 (7 %) — меланома радужки, у 3 (11 %) — меланома цилиарного тела, у 3 (5 %) пациентов первичная локализация опухоли неизвестна. Среднее время прогрессирования (от момента лечения первичной опухоли до появления метастазов) составило 66,8 мес. У 33 (58 %) пациентов были только метастазы в печень, у 15 (26 %) — смешанный тип метастазирования, у 3 (5 %) — только внепеченочные метастазы (легкие, кости, ЛУ). Анализ ДНК, выделенной из срезов биоптатов увеальной меланомы, показал наличие мутаций в гене *GNAQ* (Q209L/P) у 24 (42 %) пациентов, в гене *GNA11* (Q209P/L) — у 21 (37 %), и однонуклеотидный полиморфизм (SNP) в 4-м интроне *GNAQ* у 1 пациента. Кроме того, у 3 пациентов выявлены мутации в 11-м экзоне *KIT* и у 1 — в гене *BRAF*. У 7 (12 %) больных мутации в исследуемых генах не обнаружены.

Понимание биологических особенностей увеальной меланомы, поиск новых генетических мишеней в перспективе приведут к созданию персонализированной противоопухолевой терапии, так как на сегодняшний день не существует методов лечения, увеличивающих общую выживаемость пациентов с метастатической увеальной меланомой.

Опыт бужирования шейного отдела пищевода в хирургическом аспекте восстановления или улучшения голосовой функции пациентов после ларингоэктомии с трахеопищеводным шунтированием

М.В. Неклюдова, Р.Р. Агеев, И.И. Иванов,
Е.В. Косова, С.С. Агафонов
ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр»
Минздрава России, Москва

Введение. Наиболее эффективным методом улучшения или восстановления голосовой функции пациентов после ларингоэктомии с трахеопищеводным шунтированием с рубцовым стенозом шейного отдела пищевода является операция — миотомия констрикторов глотки, которая проводится под эндотрахеальным наркозом в условиях стационара и является достаточно сложным и травматичным методом лечения, требующим большого опыта. Нами предложен метод бужирования пищевода как альтернатива миотомии констрикторов глотки, позволяющий восстановить или улучшить голосовую функцию у пациентов после ларингоэктомии с трахеопищеводным шунтированием. Бужирование пищевода является малотравматичным методом лечения, выполняется под внутривенной анестезией. Время проведения операции не превышает 10 мин, вмешательство не требует длительной госпитализации пациента и может быть проведено в амбулаторных условиях.

Цель исследования — улучшение или восстановление голосовой функции пациентов после ларингоэктомии с одномоментным или отсроченным трахеопищеводным шунтированием.

Материалы и методы. В исследование вошло 13 ларингоэктомированных пациентов с установленным трахеопищеводным шунтом, у которых не удалось достичь удовлетворительного голосообразования обычными методами. При выполнении эндоскопического и рентгенологического исследований пищевода с контрастным веществом у данной группы пациентов выявлен стеноз шейного отдела пищевода, не позволяющий добиться адекватной звучной речи с использованием трахеопищеводного шунта.

Результаты. У 11 из 13 пациентов после бужирования шейного отдела пищевода удалось полностью восстановить голосовую функцию: отмечены голос без усилий, длинные фразы без ограничений, отсутствие ограничений по дыханию, адекватная обтурация. Осложнений не было. Проводится динамическое наблюдение в течение 1 года. У 2 пациентов вследствие неудовлетворительного качества голоса после однократного бужирования потребовалась повторная процедура, в результате качество голоса стало полностью удовлетворительным.

Выводы. Бужирование шейного отдела пищевода является малотравматичным методом лечения и позволяет восстановить или улучшить голосовую функцию пациентов после ларингоэктомии с трахеопищеводным шунтированием.

Ятрогенная преступность: необходимость теоретического исследования и законодательной регламентации

Н.А. Огнерубов

ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет
им. Г.Р. Державина», Тамбов

Медицинская деятельность многоаспектна и имеет своим назначением обеспечение реализации наиболее значимых прав человека: права на жизнь и права на охрану здоровья. В связи с этим вопросы правового регулирования качества оказания медицинских услуг являются приоритетным направлением государственной политики, что особенно актуально в период длящейся реформы здравоохранения, сопровождающейся внедрением в практическую деятельность инновационных методов диагностики и лечения различных заболеваний, развитием вспомогательных репродуктивных технологий, расширением рынка оказываемых населению медицинских услуг. Достаточно часто жизнь и здоровье граждан становятся объектами преступных посягательств со стороны медицинских работников, что делает ятрогенную преступность одной из насущных проблем современной России, которая в настоящее время надлежащим образом не изучена, с научных позиций не проанализирована и не осмыслена. Вопросы уголовной ответственности медицинских работников за ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов активно обсуждаются, в том числе на законодательном уровне, однако до настоящего времени практических шагов к созданию ясной и эффективной модели, определяющей как уголовно-правовые запреты на совершение действий (бездействия), которые могут быть квалифицированы как криминальные

ятрогении, так и наказуемость соответствующих деяний, пока не предпринято. Отсутствуют методические рекомендации по расследованию профессиональных преступлений, совершаемых в сфере здравоохранения, что вызывает значительные сложности в правоприменительной практике, которыми объясняется весьма незначительное количество уголовных дел о профессиональных преступлениях данной категории, переданных в суд для рассмотрения по существу.

В научных исследованиях, посвященных проблемам уголовной ответственности медицинских работников, преимущественно рассматриваются вопросы, касающиеся структурного анализа преступности в сфере здравоохранения, уголовно-правовой характеристики отдельных составов преступлений против жизни и здоровья, что, на наш взгляд, не позволяет сформулировать единую концепцию уголовной ответственности в рассматриваемой сфере профессиональной деятельности и на ее основе развивать уголовное законодательство и правоприменительную практику. Между тем здесь возникает ряд проблем теоретического, правового и правоприменительного характера: криминальные ятрогении не обособлены из общей массы преступлений против жизни и здоровья, что влечет за собой высокий уровень латентности этого вида преступности; развитие медицинской науки и практики в сфере репродуктивных технологий предопределяет необходимость пересмотра базовых подходов к определению момента начала жизни человека, решения требуют вопросы, касающиеся правового статуса эмбриона, а также криминализации отдельных незаконных действий в сфере вспомогательных репродуктивных технологий, не сняты с повестки дня проблемы, возникающие при проведении экспертной оценки качества оказываемой медицинской помощи, что затрудняет квалификацию деяний, совершенных медицинскими работниками в уголовно-правовом поле.

Эмпирические наблюдения показывают, что в структуре скрытой преступности в сфере медицинской деятельности по механизму ее образования выделяется несколько частей: незаявленные преступления, когда потерпевшие в силу доверительных отношений с врачом либо характера оказываемых медицинских услуг, либо по иным причинам не сообщают о фактах ятрогении в правоохранительные органы; неучтенные преступления, когда правоохранительные органы, получив сообщение о совершенном преступлении, не регистрируют и не расследуют его; неустановленные преступления, когда правоохранительные органы были осведомлены о совершенном преступлении, осуществили его первичную регистрацию, но в силу слабой профессиональной подготовки, ошибочной уголовно-правовой квалификации либо недостатка доказательственной информации не установили в содеянном событии или состава преступле-

ния и перерегистрировали его. Указанные неблагоприятные процессы происходят не только вследствие специфики преступлений в сфере медицинской деятельности, которые традиционно вызывают трудности, связанные с процессом доказывания, ввиду отсутствия у работников следственно-судебных органов необходимых знаний, соответствующих уровню развития биомедицинских наук, но и вследствие несовершенства уголовного законодательства в части регламентации ответственности медицинских работников. Действующее уголовное законодательство не отражает должным образом криминогенную ситуацию, складывающуюся в указанной сфере. Существенные погрешности связаны с отсутствием терминологического единства, пробельностью законодательства, дублированием признаков некоторых составов преступлений, конкуренции уголовно-правовых норм.

Не менее актуальными являются вопросы, связанные с назначением наказания за ятрогенные посяательства на жизнь и здоровье пациентов. Они, на наш взгляд, должны рассматриваться в комплексе с общей доктринальной проблемой цели уголовного наказания и эффективности их системы. Поскольку жизнь и здоровье человека относятся к числу особо ценных объектов уголовно-правовой охраны, наказуемость деяний, на них посягающих, может служить основой для конструирования модели применения всей системы наказаний, предусмотренных ст. 44 УК РФ. Кроме того, совершение преступлений, посягающих на жизнь и здоровье человека, с неосторожной формой вины, что является характерным признаком криминальных ятрогений, является предметом доктринальных споров на протяжении всей истории становления и развития как уголовного права, так и соответствующей отрасли юридической науки. Особенно данный вопрос актуализируется в контексте общей тенденции к гуманизации уголовной политики, которая применительно к предмету исследования проявилась в декриминализации причинения вреда здоровью средней тяжести, совершенного по неосторожности. Небезынтересным с точки зрения конструирования санкций статей уголовного закона, предусматривающих ответственность за профессиональные преступления медицинских работников, представляется и анализ статистических данных, представленных судебным департаментом при Верховном суде РФ. Так, в приговорах судов преобладает лишение свободы на определенный срок — 85,9 % случаев, а соотношение других видов наказаний выглядит следующим образом: ограничение свободы — 6,44 %, исправительные работы — 2,79 %, условное осуждение к лишению свободы — 1,97 %, штраф — 0,086 %, обязательные работы — 0,018 % и т. п. Совершенно невостребованной остается такая мера наказания, как арест, что требует дальнейшего осмысления его наличия в общей системе мер уголовной репрессии.

Уголовно-правовой анализ составов криминальных ятрогений является востребованным и с точки зрения достижения целей наказания, предусмотренных ч. 2 ст. 43 УК РФ, в том числе и общей превенции посягательств на жизнь и здоровье. Полагаем, что эффективность правоприменения обуславливается в числе прочего и оптимальной формулой уголовно-правовых норм, регламентирующих запрет на неосторожное причинение смерти или тяжкого вреда здоровью человека, включая случаи совершения данных деяний вследствие ненадлежащего исполнения или неисполнения профессиональных обязанностей медицинским работником.

Все вышеизложенное свидетельствует о наличии комплекса нерешенных теоретических и прикладных проблем, касающихся привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за совершение преступлений в профессиональной сфере деятельности, и обуславливает необходимость их глубокого научного осмысления.

Вторичные поражения щитовидной железы

Н.А. Огнерубов^{1,2}, Т.С. Антипова³, Г.Е. Гумарева⁴,
В.Л. Чанг², С.В. Барсуков²

¹ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина», Тамбов;

²ГБУЗ «Тамбовский областной онкологический клинический диспансер», Тамбов;

³ООО «ПЭТ-Технолджи», Тамбов;

⁴ТОГБУЗ «Патологоанатомическое бюро», Тамбов

Введение. Метастатический РЩЖ встречается редко, составляя 1,4–3,0 % всех злокачественных опухолей. В настоящее время применение новых современных методов медицинской визуализации, включая ПЭТ–КТ, обеспечивает раннее выявление метастазов, что значительно улучшает лечение и прогноз.

Цель исследования – изучить частоту метастатического поражения ЩЖ по данным специализированного отделения онкологического диспансера за последние 3 года.

Материалы и методы. ПЭТ–КТ была проведена 107 пациентам с гистологически подтвержденным диагнозом почечно-клеточного рака: 68 мужчинам и 39 женщинам.

Результаты. Всего было обнаружено 3 случая метастатического метастазирования светлоклеточного рака почки в ЩЖ – у 3 мужчин в возрасте 63, 57 и 58 лет. С момента 1-й операции до метастазов в ЩЖ прошло 37, 14 и 7 лет. Всем пациентам по поводу первичной опухоли была выполнена нефрэктомия. Двое больных предъявляли жалобы на появление опухоли в области ЩЖ, дисфагию, охриплость голоса и затруднение

дыхания. В правой доле опухоли локализовались у 2 пациентов, слева – у 1. Величина SUV_{max} составляла 5,80 и 4,53. При цитологическом исследовании пунктат содержал клетки злокачественного новообразования. У 1 больного опухоль проросла нижней полую вену с формированием в ней опухолевого тромба. Двум больным были выполнены оперативные вмешательства в объеме расширенной комбинированной тиреоидэктомии с резекцией трахеи и центральной лимфодиссекцией, трахеостомией; из них 1 пациенту – расширенная комбинированная тиреоидэктомия с резекцией трахеи, перстневидного хряща, левой внутренней яремной вены с центральной лимфодиссекцией, трахеостомией. При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании макропрепарата выявлен метастаз светлоклеточного рака почки в ЩЖ с прорастанием трахеи. Третий пациент от предложенного оперативного вмешательства отказался. Выполненный объем хирургического лечения позволяет предотвратить развитие рецидива и грозных осложнений, таких как стеноз трахеи. В последующем пациенты получали вольтарен на протяжении 8 и 14 мес без признаков прогрессирования.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что причиной метастатического поражения ЩЖ в первую очередь является почечно-клеточный рак. Основным методом лечения вторичных опухолей является хирургический, с последующей таргетной терапией. Наличие патологии в ЩЖ у больных, пролеченных ранее по поводу злокачественных опухолей, увеличивает риск ее вторичного поражения, поэтому узловые образования в ЩЖ даже при отрицательных результатах пункционной биопсии являются основанием для выполнения хирургического вмешательства.

Биопсия сигнальных лимфатических узлов шеи для определения субклинических метастазов при раке полости рта cT1–2N0M0

С.В. Осокин, Ш.И. Мусин, Т.Г. Яценко,
А.В. Султанбаев, М.М. Замилов, М.А. Вахитов,
В.В. Ильин, А.А. Смольников

ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», Уфа

Введение. По данным Международного агентства по изучению рака и Всемирной организации здравоохранения, ежегодно регистрируется около 350 тыс. случаев рака полости рта, при этом около 150 тыс. пациентов ежегодно погибают. Ключевым прогностическим фактором при этом является стадия по критерию N: так, при стадии N0 выживаемость составляет 84 %,

при стадии N1 – 58 %, при стадиях N2 и N3 – 46 % (J. Shah, 2005). Метастазирование рака полости рта при стадии cT1–2N0M0 наблюдается с частотой от 10,5 до 38,5 % (H. Arsheed, 2012; S. Koerdt, 2016). При этом адекватное стадирование по критерию N является основным фактором определения распространенности опухолевого процесса и прогноза.

Цель исследования – оценить возможность определения сигнального ЛУ при раке полости рта cT1–2N0M0 радиолимфосцинтиграфическим методом.

Материалы и методы. Проведено определение сигнального ЛУ 23 пациентам с раком полости рта стадии cT1–2N0M0 в 2016–2018 гг. (15 пациентов с раком языка, 8 – с раком дна полости рта). Сигнальный ЛУ определяли радиолимфосцинтиграфическим методом путем перитуморального введения РФП «Технефит» в лучевой дозе от 40 до 80 МБк в зависимости от сроков проведения биопсии сигнального ЛУ. Регистрацию сигнального ЛУ проводили методами однофотонной эмиссионной КТ и однофотонной эмиссионной КТ, совмещенной с рентгеновской КТ. Интраоперационно сигнальный ЛУ идентифицировали с помощью гаммазонда Gamma Finder II.

Результаты. При раке дна полости рта сигнальный ЛУ был идентифицирован только в 25 % (2 из 8) случаев. При раке языка сигнальный ЛУ идентифицирован у 93,3 % (14 из 15) пациентов. Всего при раке языка было выявлено 17 сигнальных ЛУ, из них у 2 пациентов – 3 сигнальных ЛУ, у 1 пациента – 2 сигнальных ЛУ, у 9 пациентов – 1 сигнальный ЛУ. В среднем у 1 пациента было выявлено 1,2 сигнальных ЛУ. У 26,7 % (4 из 15) пациентов были найдены метастазы рака в сигнальные ЛУ. Ложноотрицательный показатель составил 6,7 % (1 из 15) случаев.

Выводы. Биопсия сигнального ЛУ при раннем раке языка cT1–2N0M0 обеспечивает минимально инвазивное определение статуса N без необходимости выполнения электрошейной лимфодиссекции. Этот метод позволяет провести исследование гистологического статуса сигнального ЛУ и избежать объемных вмешательств на шейном лимфатическом коллекторе у 70 % пациентов при раннем раке языка.

Хирургическое лечение регионарных метастазов опухолей головы и шеи с поражением сонных артерий

Т. В. Остринская¹, Д. А. Алексеева¹, А. Н. Красноунов¹,
В. Н. Вавилов², А. В. Шатравка²

¹СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург;

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

Цель исследования – изучение эффективности расширенных шейных лимфодиссекций при инвазии метастазов злокачественных опухолей в магистральные артерии шеи с их резекцией и реконструкцией либо перевязкой; оценка осложнений и выживаемости.

Материалы и методы. В клинике СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» в 2016–2018 гг. выполнено 12 операций с резекцией внутренней/общей сонной артерии в связи с вовлечением ее в опухолевый процесс. В 5 случаях реконструкция магистральной артерии не проводилась, выполнялась резекция опухоли и пораженного сегмента артерии с перевязкой магистрального сосуда. В 4 случаях выполнялась реконструкция сонной артерии аутовеной, в 3 – протезирование сосудистым протезом. Все пациенты имели IV стадию опухолевого процесса, гистологическое заключение: плоскоклеточный рак. Трое пациентов имели первичную злокачественную опухоль языка, 5 – гортаноглотки, 2 – ротоглотки, 2 – гортани. Девять больных оперированы по поводу метастазов опухоли после ХЛТ, 3 пациента оперированы 1-м этапом. С целью предоперационной диагностики всем больным выполнены КТ либо МРТ шеи, УЗИ сосудов шеи, а 7 пациентам – транскраниальная доплерография мозговых артерий и интраоперационное измерение ретроградного давления во внутренней сонной артерии.

Результаты. Из 5 пациентов, оперированных без реконструкции общей сонной артерии, у 1 возник ишемический инсульт с явлениями гемипареза, а через 5 мес после операции выявлены метастазы в легких; он умер через 10 мес. Трое других прожили соответственно 8, 12 и 14 мес и умерли от прогрессирования опухолевого процесса. Один пациент жив и не имеет признаков рецидива, период наблюдения – 12 мес.

Протезирование общей сонной артерии аутовеной: 2 пациента живы и не имеют признаков рецидива/метастазов 11 и 12 мес, у 1 больного отмечено прогрессирование по первичному очагу через 3 мес после операции, период наблюдения – 5 мес. Один пациент умер от прогрессирования заболевания через 18 мес после операции.

Протезирование синтетическим протезом: 3 пациента живы и не имеют признаков рецидива, период наблюдения – 3, 6 и 22 мес.

Выводы. Вопрос онкологической оправданности оперативного вмешательства при инвазии метастазов злокачественных опухолей в сонную артерию является дискуссионным. Сложность операций и риск неврологических осложнений, незначительное влияние хирургического метода на общую выживаемость сдерживают хирурга от широкого применения подобных вмешательств. Резекция сонной артерии с протезированием последней снижает частоту неврологических осложнений. Ни разу при проведении протезирования сонной артерии у нас не возникло неврологических осложнений, тогда как у 1 из 5 пациентов без реконструкции возник обширный инсульт. Показания к подобным операциям должны быть четко ограничены. Отсутствие у метастаза капсулы, диффузное распространение опухоли в окружающих тканях и врастание в лестничные мышцы чаще всего спровоцируют локальный рецидив в течение 1-го года наблюдения и требуют отказа от неоправданного хирургического вмешательства в пользу ХЛТ.

Комбинированное органосохраняющее лечение рака слизистой оболочки полости рта начальных стадий при помощи фотодинамической терапии с биопсией сигнального лимфатического узла

Ю.А. Панасейкин, Ф.Е. Севрюков, М.А. Каплан,
В.Н. Капинус, И.С. Спиченкова, Г.А. Давыдов
МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, Обнинск

Введение. Стандартом лечения начальных стадий рака слизистой оболочки полости рта являются хирургический метод или ЛТ. Подобная тактика зачастую ведет к функциональным и эстетическим дефектам. При этом остается открытым вопрос о необходимости и объеме вмешательства на зонах регионарного метастазирования при клиническом статусе N0. По данным некоторых авторов, при глубине инвазии до 7 мм и отсутствии прочих прогностически неблагоприятных факторов проведение профилактической лимфодиссекции не требуется. В то же время некоторые авторы подчеркивают необходимость проведения селективной шейной диссекции для достижения регионарного контроля в области шеи. Высокая эффективность применения фотодинамической терапии (ФДТ) в самостоятельном варианте при начальных

стадиях рака полости рта уже доказана. При этом остается открытым вопрос о проведении профилактической лимфаденэктомии на зонах регионарного метастазирования. Радиоизотопный метод диагностики сигнальных ЛУ широко применяется при меланоме кожи, однако существует возможность его применения и при опухолях полости рта.

Цель исследования – изучение возможности и эффективности применения ФДТ в комбинации с биопсией сигнального ЛУ при начальных стадиях рака слизистой оболочки полости рта; оценка онкологических, функциональных и эстетических результатов данной методики.

Материалы и методы. За период 2017–2018 гг. 15 пациентам с раком слизистой оболочки полости рта было выполнено комбинированное лечение: ФДТ на область первичного очага с биопсией сигнального ЛУ на шее. Критерии отбора пациентов для лечения были следующими: плоскоклеточный рак; впервые диагностированный или рецидивирующий рак слизистой оболочки полости рта, соответствующий стадиям Tis–T2, с глубиной инвазии до 7 мм по данным УЗИ и/или МРТ/спиральной КТ; отсутствие клинически выявленных регионарных и отдаленных метастазов. ФДТ проводили с препаратом фотолон в дозе 0,8–1,2 мг/кг массы тела. Локализацию сигнального ЛУ визуализировали при помощи однофотонной эмиссионной КТ и радионуклидной диагностики.

Результаты. У 13 пациентов был отмечен полный регресс опухолевого процесса на фоне проведенной ФДТ. У 1 пациента после 1-го сеанса ФДТ отмечался выраженный воспалительный процесс в области ФДТ, без признаков продолженного роста (по данным биопсии). У 1 пациента был диагностирован продолженный рост в течение 1 мес после ФДТ. Все больные отмечали хороший функциональный и эстетический результат лечения. По данным опросников качество жизни в результате проведенного лечения не ухудшилось. У 14 пациентов по данным гистологического исследования не было обнаружено метастазов в сигнальных ЛУ. У 1 пациента выявлен микрометастаз рака, что потребовало проведения лимфаденэктомии на шее со стороны поражения. Период наблюдения составил 1–20 мес (медиана 9,52 мес).

Выводы. ФДТ рака слизистой оболочки полости рта стадии Tis–T2N0M0 в самостоятельном варианте является высокоэффективной методикой лечения, позволяющей добиться хороших функциональных и эстетических результатов без ущерба онкологическому радикализму. При помощи биопсии сигнального ЛУ возможно выявление микрометастазов до наступления стадии их клинического проявления.

Ультразвуковые признаки метастазов папиллярного рака щитовидной железы

В.С. Паршин, А.А. Веселова
МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ
«НМИЦ радиологии»
Минздрава России, Обнинск

Цель исследования – изучить ультразвуковые признаки метастазов папиллярного РЩЖ в ЛУ.

Материалы и методы. В анализ вошли 2 группы больных. Первую группу составили 389 пациентов с впервые установленным папиллярным РЩЖ, поступивших для хирургического лечения в наш центр. Метастазы в ЛУ выявлены у 153 (39,3 %) из них. Вторую группу составили 2875 пациентов, ранее перенесших хирургическое лечение и поступивших для проведения РИТ. Метастазы в ЛУ выявлены у 267 (9,2 %) из них. Локализацию метастазов определяли по VII уровню ЛУ шеи. Во всех случаях получено гистологическое подтверждение метастаза.

Результаты. При анализе результатов УЗИ нами установлено 26 признаков, по которым выявленное объемное образование на шее можно отнести к метастазу папиллярного РЩЖ. Признаки разделены на 2 группы. Первую группу составили «обязательные» признаки, т.е. присутствующие всегда. Так, отношение глубина/ширина более 0,5 выявлено в 94,1 % наблюдений, дифференциация на корковый и мозговой слои отсутствовала в 94 % случаев. Эхогенность тканевого компонента в большинстве случаев представлена гипоэхогенной тканью (85 %), при этом частота изо- или гиперэхогенной ткани не превышала 5–10 %; 80 % метастазов имели ровные границы, 20 % – неровные. Правильная форма метастаза выявлена в 70,7 % случаев, неправильная – в 29,3 %. Четкие контуры установлены в 70,5 % случаев, нечеткие – в 29,5 %. Метастазы являлись аваскулярными у 52 % больных, с единичными сосудами – у 45 %, гиперваскулярными – у 3 %. Тканевая природа без дорзального усиления сигнала выявлена в 45 % наблюдений, с дорзальным усилением сигнала – в 33,2 %, с жидкостным компонентом – в 21,8 %. В 33,8 % случаев максимальный размер метастаза не превышал 1 см, в 47,2 % – составлял от 1 до 2 см, в 12 % – был более 2 см.

Вторую группу оценивали по факту наличия соответствующего признака. К ним можно отнести микрокальцинаты (обнаружены в 38,4 % случаев), крупные кальцинаты (17,6 %), компрессию мышц (22,8 %), наличие 2 метастазов в одном уровне ЛУ (18 %), конгломераты (9,8 %). Признаки прорастания в просвет сосуда установлены в 5,3 % случаев, проникновение метастаза в мышцу – в 4,3 %.

Следует подчеркнуть, что никогда в одном метастазе не присутствовали все 26 признаков. Обычно наблюдались «обязательные» признаки (1-я группа) и несколько признаков из группы «необязательных». При таком подходе чувствительность УЗИ в диагностике метастазов любого уровня достигла 97 %, специфичность – 95 %, диагностическая точность – 97 %, прогностичность положительного результата – 92 %, прогностичность отрицательного результата – 94 %.

Выводы. Таким образом, несмотря на выраженные рубцовые изменения передней поверхности шеи, удастся с высокой вероятностью диагностировать метастазы как у лиц с впервые установленным диагнозом, так и у пациентов, ранее перенесших хирургическое лечение.

Оперативное лечение рака языка, полости рта, ротоглотки

И.В. Письменный, В.И. Письменный
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара;
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «Российские железные дороги», Самара

Необходимо проведение глубоких исследований, направленных на улучшение и качественное выделение из шаблонного стереотипа выполняемых операций в пользу оптимизации техники выполнения и качества оперативного вмешательства. Множество хирургических техник и вариативность выполнения операций говорят в пользу исследований в этом направлении, а минимальное количество публикаций на эту тему не дают возможность систематизировать данные и углубить область исследования.

Оптимизация оперативных вмешательств имеет тенденцию к увеличению количества выполненных оперативных вмешательств на полости рта и языка. Тема приняла совершенно иное значение, когда тактика лечения плоскоклеточного рака полости рта в свете современной концепции изменилась, и на первый план вышло оперативное вмешательство. Онкологическая радикальность, функциональные и косметические результаты являются необходимым исходом операции при злокачественной опухоли ротофарингеальной области.

Надежная и максимально минимизированная по травме, выполнимая и доступная для пациента операция при злокачественной опухоли должна быть предложена и выполнена. Реконструкция и способы восстановления дефектов отделов языка, глотки, полости рта далеки от совершенства, чрезмерно трудоемки, травматичны, результаты их весьма неэстетичны и не отвечают современным требованиям к операциям

в полости рта и их предполагаемому результату. На сегодня только онкологический результат с утраченными или грубо нарушенными функциями дыхания, жевания, формирования пищевого комка, глотания, неудовлетворительный с косметической точки зрения — уже не результат. Методики свободных лоскутов крайне трудоемки, длительны, требуют технического обеспечения, специального оборудования, подготовленности медицинского персонала, не менее 2 операционных бригад. Не каждый пациент является кандидатом на восстановление орофарингеальной области после резекции опухолей. Рассмотрены с применением многофакторного анализа местные лоскуты, наиболее активно применяемые в хирургии рака полости рта и ротоглотки. По значимости и клинической надежности они распределились следующим образом: кожный лоскут на передней поверхности шеи, подбородочный лоскут и его варианты, далее равноценные кивательный лоскут, лоскут на подкожной мышце грудной, щечный, височный.

Детально спланированная операция при лечении злокачественных опухолей полости рта, языка и ротоглотки, выбор оптимального реконструктивного материала дают надежные функциональные эстетические и онкологические результаты.

Трахеостомия: детализированный подход в хирургической практике рака органов головы и шеи

**В.И. Письменный^{1,2}, И.В. Письменный^{1,2},
Е.П. Кривошеков²**

¹НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «Российские железные дороги», Самара;

²ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара

Цель исследования — определить показания к наложению трахеостомы при оперативном лечении злокачественных опухолей полости рта, языка и ротоглотки, обозначить сроки использования трахеостомы при различном объеме операций орофарингеальной области, время деканюляции в зависимости от восстановления функций приема пищи и использования назогастрального зонда.

Материалы и методы. Чрезмерное расширение показаний к использованию трахеостомы в хирургической практике на органах головы и шеи не имеет за собой аргументированных доводов и зачастую является шаблонным технологическим приемом. В отделении хирургии органов головы и шеи проведено наложение трахеостомы более чем у 4 тыс. больных с различной онкологической патологией. Разработанные и применяемые в хирургической практике способы

трахеостомии имеют ряд существенных недостатков. Применение ранее предлагаемых способов рассечения трахеи и ее фиксации к окружающим кожным покровам затрудняет санацию трахеобронхиального дерева, непростой остается техника замены трахеостомической трубки, а процесс деканюляции и восстановления дыхания через естественные дыхательные пути зачастую невозможен. Разработанная и предлагаемая технология наложения трахеостомы такова, что пациент не остается канюленосителем.

Результаты. Требования к трахеостомии остаются неизменно важными: это восстановление проходимости дыхательных путей, минуя полость рта, глотку и гортань, исключив перечисленные анатомические образования как вредное пространство, тем самым получая доступ для адекватно-качественной санации полости рта, гортани и трахеи, включая бронхиальное дерево. Минимальная травма трахеи, окружающих тканей, отсутствие воспалительных процессов на слизистой оболочке и хрящевых структурах важны для создания условий для ухода от использования трахеостомы, деканюляции. Перечисленные возможности, которые предоставляются с использованием трахеостомы, нельзя достигнуть при наличии длительно применяемой интубационной трубки, даже применив эндоскопическую технику. За годы хирургии ларинготрахеальной зоны разработано много методов решения проблем восстановления проходимости верхних дыхательных путей, для которых свойственны как положительные, так и отрицательные стороны. Неизменной осталась зона рассечения колец трахеи, а способы ее рассечения и дизайн разреза остаются вопросом поиска с целью адекватного прохождения в просвет трахеи и формирования кожно-трахеального канала.

Выводы. Разработанный способ рассечения трахеи с моделированием трахеальных лоскутов в виде лепестков решил проблему пролежней, возникающих на слизистой оболочке и коже, и дал возможность удалить трахеоканюлю и восстановить дыхательную функцию через естественные дыхательные пути более чем у 3 тыс. больных.

Место сочетанной лучевой терапии в лечении плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта

**В.В. Полькин, Ф.Е. Севрюков, В.С. Медведев,
Д.Ю. Семин, П.А. Исаев, Д.Н. Дербуггов,
С.В. Васильков, Ю.А. Панасейкин, П.И. Спирин**
*МРНЦ им. А.Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, Обнинск*

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных плоскоклеточным раком орофарингеальной области.

Материалы и методы. Курс сочетанной ЛТ с использованием нейтронных источников калифорния (^{252}Cf) проведен 267 пациентам с плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта. У всех пациентов опухоли были первичными. Наиболее часто новообразования поражали язык (132 (49,4 %) случая), дно полости рта (107 (40 %) случаев), реже — ткани ротоглотки (18 (6,7 %) случаев), щеки (8 (3 %) случаев) и губу (2 (0,7 %) случая). Опухоли, соответствующие статусу T1, наблюдались у 13 (4,9 %) больных, T2 — у 162 (60,7 %), T3 — у 55 (20,6 %), T4a — у 37 (13,9 %). Все пациенты в зависимости от использованной методики лечения разделены на 3 группы. В 1-й группе 91 (34,1 %) пациенту был проведен традиционный курс сочетанной ЛТ по методике «поздний имплантат»: на 1-м этапе — дистанционная гамма-терапия, на 2-м — брахитерапия источниками ^{252}Cf . Во 2-й группе 136 (50,9 %) пациентам была применена новая методика «ранний имплантат», согласно которой внутритканевая нейтронная терапия проводилась на 1-м этапе лечения с последующим дистанционным облучением. В 3-й группе 40 больных получили сочетанную ЛТ в режиме ускоренного фракционирования в комбинации с одновременной полихимиотерапией (цисплатин, 5-фторурацил). Доза нейтронного излучения составляла от 3,5 до 5 Гр, мощность дозы варьировала от 0,04 до 0,27 Гр/ч.

Результаты. Полная регрессия опухоли после окончания лечения отмечена у 207 (77,5 %) больных, частичная регрессия — у 60 (17,1 %). В 1-й группе полная регрессия отмечена у 60 (65,9 %) пациентов, во 2-й группе — у 111 (81,6 %), в 3-й группе — у 36 (90 %). Общая 5-летняя выживаемость в 1-й группе составила $37,7 \pm 10,5$ %, во 2-й группе — $47,7 \pm 8,2$ %, в 3-й группе — $84,1 \pm 3,5$ %.

Выводы. Полученные данные демонстрируют преимущества нетрадиционной методики сочетанного облучения, что подтверждает целесообразность использования нейтронной терапии (методики «раннего имплантата») на 1-м этапе сочетанного облучения. Сочетанная ЛТ в комбинации с полихимиотерапией является наиболее эффективным методом лечения при новообразованиях слизистой оболочки полости рта, что позволяет избежать калечащих и трудоемких хирургических вмешательств.

Многофакторный анализ эффективности микрохирургической реконструкции лицевого скелета

А.П. Поляков¹, М.В. Ратушный¹, И.В. Решетов²,
О.В. Маторин¹, И.В. Ребрикова¹

¹МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва;

²кафедра онкологии, радиотерапии и пластической хирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Цель исследования — анализ эффективности микрохирургической реконструкции лицевого скелета у пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи.

Материалы и методы. Сто восемьдесят пациентов были подвергнуты микрохирургической реконструкции лицевого скелета с использованием 192 свободных ревааскуляризованных костных, 30 мягкотканых и 30 перемещенных аутотрансплантатов. Комбинированные дефекты верхней и нижней челюстей сформированы в 22 (12 %) наблюдениях. Дефекты I категории сложности (по классификации МНИОИ им. П.А. Герцена) были сформированы у 71 (39,4 %) больного, II категории — у 69 (38,3 %), III категории — у 40 (22,3 %). У 72 (40 %) пациентов устранение дефекта выполнено отсроченно, у 108 (60 %) — одномоментно. ЛТ была проведена 70 (76,9 %) пациентам с первичными опухолями и 62 (69,6 %) — с рецидивными. Лимфаденэктомия на шее выполнена 36 (42,3 %) пациентам с первичными опухолями и 26 (29,8 %) — с рецидивными.

Результаты. Всего реабилитированы 139 (77,2 %) пациентов, полностью функционально и социально реабилитирован 81 (45 %) больной. Наихудшие результаты реабилитации отмечены у пациентов с комбинированными дефектами верхней и нижней челюстей (45 %), что объясняется наибольшим функциональным уроном при данной категории дефектов. В группе пациентов с одномоментным устранением дефекта реабилитация достигнута в 84,4 % наблюдений (полная реабилитация — 60,6 %), при отсроченной реконструкции — в 66,2 % наблюдений (полная реабилитация — 21,1 %). В группе с дефектами I категории сложности реабилитированы 65 (91,5 %) больных, в группе с дефектами II категории сложности — 49 (71 %), в группе с дефектами III категории — 25 (62,5 %). Послеоперационные осложнения возникли у 51 (28,3 %) пациента.

Выводы. Результат реабилитации онкологических пациентов с дефектами лицевого скелета зависит от вида и категории сложности дефекта, выполнение реконструкции лицевого скелета одномоментно с удалением опухоли является предпочтительным. Рецидивирующий характер опухолевого процесса, проведенная ранее ЛТ

являются неблагоприятными прогностическими факторами для успешной реабилитации. Степень распространенности первичной опухоли, наличие или отсутствие метастазов в регионарные ЛУ, степень дифференцировки опухоли, вариант и сроки реализации прогрессирования опухолевого процесса не влияют на успешность и завершенность функционально-социальной реабилитации пациентов с опухолями головы и шеи, вовлекающими лицевой скелет.

Спасительная хирургия при лечении пациентов с местно-распространенными опухолями полости рта

А.П. Поляков, И.В. Ребрикова, М.В. Ратушный, О.В. Маторин, М.М. Филюшин, А.Л. Сугаипов, А.В. Мордовский

МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

Цель исследования – определить целесообразность выполнения спасительных операций при лечении пациентов с местно-распространенными опухолями полости рта.

Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 2015 по 2018 г. выполнено хирургическое лечение по поводу местно-распространенного опухолевого процесса 231 больному, из них 56,7 % пациентов были с первичными опухолями, соответствующими распространенности Т3–4N0–3M0, 43,3 % – с рецидивными опухолями, соответствующими распространенности Т3–4N0–3M0. Шестидесяти пациентам с первичными опухолями выполнено хирургическое лечение с последующей адъювантной ЛТ. Семидесяти одному пациенту с первичными опухолями на 1-м этапе комбинированного лечения проведена неоадъювантная ЛТ с последующим хирургическим лечением. Шестидесять четыре пациента были с рецидивными опухолями после радикальной ЛТ или ХЛТ, 25 – с рецидивными опухолями после комбинированного лечения, 11 – с рецидивными опухолями после хирургического лечения.

Результаты. Срок наблюдения за пациентами составлял от 3 мес до 3 лет. Более длительная безрецидивная выживаемость наблюдалась у пациентов, которым после спасительной операции проводилась адъювантная ЛТ или ХТ. Неблагоприятные прогностические факторы при выполнении спасительной хирургии по поводу рецидивных опухолей: возраст <35 лет или >65 лет; безрецидивный период после первичного лечения <12 мес; местно-распространенные рецидивные опухоли, при удалении которых трудно получить

отрицательные хирургические края; рецидив метастазов, особенно наличие 2 и более метастазов; метастазы в IV или V группу ЛУ; экстракапсулярное распространение.

Выводы. Спасительная хирургия – предпочтительный метод лечения пациентов с местно-распространенным плоскоклеточным раком полости рта при целесообразности выполнения данного метода. При наличии неблагоприятных факторов, таких как положительный край резекции и экстракапсулярное распространение, необходимо проведение адъювантной терапии.

Эндоларингеальная резекция гортани при ранних стадиях рака (T1–2N0M0) с предоперационной и интраоперационной фотодинамической диагностикой

А.П. Поляков, А.Л. Сугаипов, М.В. Ратушный, О.В. Маторин, И.В. Ребрикова, М.М. Филюшин, А.В. Мордовский

МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения ранних форм рака гортани, показателей безрецидивной выживаемости после эндоларингеальных методов хирургического лечения больных с ранними формами рака гортани.

Материалы и методы. В данном исследовании представлены результаты лечения 65 пациентов с диагнозом раннего рака гортани (T1–2N0M0), проведенного в МНИОИ им. П.А. Герцена – филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России за период с 2010 по 2019 г. По характеру проведенного лечения все клинические наблюдения, включенные в настоящее исследование, разделены на группы: группа I – 35 (53,8 %) пациентов с диагнозом раннего рака гортани, которым проведено хирургическое лечение в объеме эндоларингеальной резекции гортани с радиочастотной абляцией без предоперационной фотодинамической диагностики; подгруппа Ia – 17 (48,6 %) пациентов с первичным ранним раком гортани; подгруппа Ib – 18 (51,4 %) пациентов с продолженным ростом опухоли или рецидивом опухоли после ЛТ, ХЛТ, эндоскопических методов лечения; группа II – 30 (46,2 %) пациентов с диагнозом раннего рака гортани, которым проведено хирургическое лечение в объеме эндоларингеальной резекции гортани с предоперационной фотодинамической диагностикой. Среди пациентов 84 % составляли мужчины, 16 % – женщины. Возраст пациентов варьировал от 39 до 80 лет, средний возраст – 60 лет.

Из 65 эндоларингеальных резекций гортани 30 пациентам операция выполнена после предоперационной фотодинамической диагностики. В обеих группах средний возраст пациентов составил 58 лет. У всех пациентов был верифицирован плоскоклеточный рак. В подгруппе Ib продолженный рост опухоли или рецидив опухоли после ЛТ наблюдался у 15 (83,4 %) пациентов, после ХЛТ – у 1 (5,5 %) пациента, после эндоскопического лечения – у 2 (11,1 %). После получения результатов планового морфологического исследования 3 пациентам в подгруппе Ia установлен рак *in situ*, у 7 пациентов – I стадия, у 7 пациентов – II стадия. В подгруппе Ib у 5 пациентов был установлен рак гортани I стадии, у 13 – рак гортани II стадии. В группе II у 3 пациентов установлен рак гортани *in situ*, у 20 – рак гортани I стадии, у 7 – рак гортани II стадии. Тридцати больным выполнены эндоларингеальные резекции гортани с предоперационной фотодинамической диагностикой, планированием границ резекции. Контрольную группу составили 35 пациентов (группа I), которым выполнены эндоларингеальные резекции гортани с радиочастотной аблацией без проведения фотодинамической диагностики. Метод фотодинамической диагностики заключается в том, что пациенту за 2 ч до исследования вводят *per os* препарат отечественного производства аласенс (5-аминолевулиновая кислота) в дозе 30 мг/кг массы тела. Далее проводят видеофибrolарингоскопию с флуоресцентной диагностикой, при которой выявляется свечение опухоли, связанное с поглощением введенного препарата. При обследовании с применением фотодинамической диагностики была уточнена распространенность опухолевого процесса в сторону ее увеличения при сравнении с осмотром без фотодинамической диагностики, что позволило на предоперационном этапе планировать объем предполагаемого хирургического вмешательства и выполнить R0-операцию.

Результаты. В группе II у 28 (93,3 %) пациентов после выполнения фотодинамической диагностики выявлено свечение опухоли. У 20 (66,6 %) диагностирована распространенность опухоли в сторону ее увеличения в сравнении с исследованием в белом свете, что позволило адекватно оценить границы опухоли и выполнить операцию в объеме R0. У 1 (3,3 %) пациента при плановом морфологическом исследовании выявлен положительный край резекции (R1). Эндоларингеальные резекции гортани с предоперационной фотодинамической диагностикой показывают существенные преимущества данного подхода, позволяя выполнить адекватный объем хирургического лечения.

Из пролеченных в нашем институте пациентов с ранними формами рака гортани с пред- и интраоперационной фотодинамической диагностикой у 2 (6,6 %) пациентов выявлен продолженный рост опухоли через 4 и 5 мес после проведенного хирургического лечения.

В контрольной группе у 5 пациентов выявлен рецидив опухоли в сроки до 7 лет.

Выводы. На сегодняшний день наиболее адекватным хирургическим методом лечения при ранних формах рака гортани остается эндоларингеальная резекция гортани. Проведение предоперационной фотодинамической диагностики позволяет улучшить показатели данного метода лечения, позволяя на предоперационном этапе выявлять истинные границы опухоли, которые расходятся с показателями в белом свете.

Отдаленные результаты криодеструкции первичных и рецидивных форм рака кожи головы и шеи

И. Н. Пустынский^{1,2}, Е. В. Кива², А. С. Дворников²

¹ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина»

Минздрава России, Москва;

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова»

Минздрава России, Москва

Введение. Злокачественные опухоли кожи наиболее часто локализируются в области головы и лица, поражая анатомические структуры с индивидуальным анатомическим рельефом и жизненно-важными функциями. При лечении больных со злокачественными новообразованиями кожи головы и шеи наряду с радикальным удалением опухоли необходимо достижение оптимальных эстетических и функциональных результатов.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных раком кожи головы и шеи путем определения показаний к криохирургическому методу на основании комплексного изучения отдаленных результатов лечения.

Материалы и методы. Криодеструкция опухоли была выполнена у 236 больных базальноклеточным ($n = 222$) и плоскоклеточным ($n = 14$) раком кожи головы и шеи. Во всех случаях диагноз подтвержден морфологическим исследованием опухоли. Среди больных было 96 мужчин и 140 женщин в возрасте от 31 до 107 лет, 110 (46,4 %) пациентов были старше 70 лет, а 37 (15,6 %) – старше 80 лет. Рак кожи стадии T1 (в соответствии с TNM-классификацией 7-го издания) наблюдался у 100 пациентов), T2 – у 88, T3 – у 7, и у 41 больного имелись рецидивы рака кожи после различных ранее проведенных методов лечения. Локализация новообразований была следующей: кожа щеки и околоушно-жевательной области – 55 случаев, область носа – 51, височная и лобная области – 36 и 17 наблюдений соответственно; у 25 больных опухоль располагалась

в теменной области. Поражение кожи ушной раковины наблюдалось у 18 больных, периорбитальной области — у 14, верхней губы — у 10. Редко опухоли располагались на коже шеи (4 случая), подбородочной (3 случая), затылочной областей (2 случая), и у 1 больного был рак кожи нижней губы. Показаниями для выполнения криохирургического удаления являлись новообразования с четкими границами, без глубокой инфильтрации подлежащих тканей, имевшие экзофитную, поверхностную или узелково-язвенную клинические формы роста. Криохирургические вмешательства осуществлялись по методикам, разработанным в клинике опухолей головы и шеи ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, с использованием отечественных криогенных медицинских аппаратов.

Результаты. При I стадии базально- и плоскоклеточного рака кожи частота рецидивов опухоли составила 3 %, при II стадии — 5,7 %. Рецидивные опухоли во всех случаях были успешно удалены. После криодеструкции рецидивов рака кожи частота повторного рецидивирования заболевания зависела от размеров опухоли. Наилучшие эстетические и отдаленные результаты наблюдались при новообразованиях с четкими границами размерами < 1 см, повторные рецидивы возникли в 9,6 % случаев и были удалены хирургическим методом. Криогенное лечение не требовало проведения общего обезболивания, отмечены отличные эстетические и функциональные результаты.

Выводы. Криодеструкция опухоли является методом выбора и оптимальным видом лечения для большинства больных с I стадией базально- и плоскоклеточного рака кожи головы и шеи. При более распространенных и рецидивных формах новообразований метод может быть применен в соответствии с разработанными показаниями. Обязательными являются использование криоаппаратов, позволяющих выбирать необходимые параметры воздействия, и соблюдение научно-обоснованных методик и показаний к криохирургическому лечению в зависимости от клинической формы и распространенности рака кожи.

Робот-ассистированная хирургия щитовидной железы

И.В. Решетов^{1,2}, Н.С. Сукорцева¹, Д.С. Святославов¹,
А.А. Шевалгин^{1,2}, П.А. Насилевский²

¹ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Минздрава России, Москва;

²Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва

Введение. По мере увеличения заболеваемости РЩЖ, частично из-за более раннего обнаружения и более чувствительных диагностических методов, количество лобэктомий ЩЖ и тотальных тиреоидэк-

томий также увеличивается. Доказательство эффективности и рациональности применения роботической хирургии ЩЖ из удаленного доступа является одной из задач современной хирургии. Перспективность этого направления доказана и основывается на меньшей травматичности робот-ассистированных операций, небольшой частоте осложнений, а также социальной и косметической значимости.

Цель исследования — внедрение в клиническую практику лечения больных со злокачественными и доброкачественными новообразованиями ЩЖ робот-ассистированных хирургических вмешательств.

Материалы и методы. Робот-ассистированные операции на ЩЖ были выполнены у 7 пациенток, находившихся на лечении в онкологическом центре ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России с мая 2016 г. по декабрь 2018 г. Средний возраст пациенток составил 42 года. Шесть операций выполнены из подмышечного доступа, 1 операция — из заушного. Были выполнены 3 гемитиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией у пациенток с папиллярным РЩЖ (Т1), 1 гемитиреоидэктомия у больной с коллоидным зобом, 2 тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией у пациенток с папиллярным РЩЖ (Т2), 1 тиреоидэктомия у больной с аутоиммунным тиреоидитом. Тактику и способ лечения определяли на онкологическом консилиуме исходя из входных клинических данных каждой конкретной больной, при этом учитывали размер опухоли, объем ЩЖ, наличие метастазов в центральную группу ЛУ шеи и уровень гормонов ЩЖ. Во всех случаях использовали безгазовый способ удаления опухолей с формированием подкожного тоннеля.

Результаты. Накопленный нами опыт лечения больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями ЩЖ свидетельствует об эффективности применения роботической хирургии. Данного вида вмешательства могут быть альтернативой традиционным доступам в группе больных с новообразованиями небольшого размера (до 2 см при злокачественных опухолях и до 5 см при доброкачественных новообразованиях). Значимыми преимуществами роботической хирургии являются меньшая травматизация тканей и удаленность доступа, что обуславливает лучший косметический результат после вмешательства.

Выводы. Операция на ЩЖ с роботизированной поддержкой продолжает совершенствоваться, и спрос на этот дистанционный доступ остается высоким среди тех пациентов, которые делают ставку на косметические результаты хирургии ЩЖ.

Микрохирургическая реконструкция органов полости рта функциональными аутотрансплантатами у онкологических больных

И.В. Решетов, А.А. Шевалгин, А.А. Ростов
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
Минздрава России, Москва

Цель исследования — улучшить функциональные результаты реконструкции органов ротовой полости (языка, дна полости рта и пр.) с помощью реиннервированных свободных аутотрансплантатов, показать влияние реиннервации лоскутов на повышение функциональности.

Материалы и методы. В Университетской клинической больнице №1 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России пациентам после радикального хирургического лечения рака органов полости рта и глотки (гемиглоссэктомия, резекция щеки, резекция ротоглотки) выполняли по показаниям одномоментную реконструкцию реиннервированными кожно-фасциальными и/или кожно-мышечными лоскутами в зависимости от объема и формы дефекта. В первую очередь речь шла о лучевом лоскуте предплечья ($n = 6$), торакодорзальном лоскуте ($n = 3$) и лоскуте на основе прямой мышцы живота ($n = 2$). В перспективе разработка других реиннервированных лоскутов. Проспективная оценка работоспособности и функциональности пересаженных лоскутов осуществлялась с первых 4 нед после операции и далее и включала проведение функциональных тестов, связанных с восстановлением поверхностной и моторной чувствительности, внятности речи и акта глотания. Пациентам проводили комплексную реабилитацию, включавшую занятия с логопедом на ранних сроках, электромиостимуляцию по показаниям, применение антихолинэстеразных лекарственных средств.

Результаты. Специфических осложнений при реконструкции не наблюдалось. Все пациенты были выписаны на 3–4-ю неделю после операции. Через 5 нед у всех из них было восстановлено питание через рот, через 5–6 мес появилась внятная речь, которую по баллам оценивал логопед, в это же время отмечены и положительные тесты на определение поверхностной чувствительности.

Выводы. Исследовательская работа продолжается. На данном этапе мы считаем, что результаты реконструкции функциональными лоскутами являются удовлетворительными с точки зрения восстановления двигательной функции и чувствительной оценки, что значительно улучшает у пациентов акт глотания и речеобразование.

Опыт лечения детей с эстеziонейробластомой в НИИ детской онкологии и гематологии (1969–2018 гг.)

А.Д. Родина¹, Т.В. Горбунова¹, Н.В. Иванова¹,
Д.А. Булетов¹, Р.В. Шишков^{1,2}, В.Г. Поляков^{1,2}
¹ФБГУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России, Москва;
²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, Москва

Введение. Эстеziонейробластома — редкая мелко-круглоклеточная опухоль, возникающая из обонятельного нейроэпителия. Эстеziонейробластома встречается в возрасте до 15 лет с частотой 0,1 случая на 100 тыс. детского населения.

Цель исследования — сообщить результаты лечения пациентов детского возраста с эстеziонейробластомой.

Материалы и методы. В исследование были включены 28 пациентов в возрасте от 2 до 17 лет, получавших лечение в условиях НИИ детской онкологии и гематологии ФБГУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России в период с 1969 по 2018 г. Стадирование проводили по системам TNM и Kadish–Moritta. Преобладали пациенты с распространенными формами заболевания, со стадиями C и D (по системе Kadish–Moritta) — 19 (67,8 %) детей. В соответствии с системой TNM IV стадия установлена в 16 (57,1 %) случаях, II и III стадии — по 6 (21,4 %) случаев. ХЛТ проведена у 14 (50 %) пациентов. Общее количество курсов ХТ — от 4 до 10. Использовались следующие препараты: винкристин, циклофосфан, доксорубин, карбоплатин, ифосфамид, цисплатин. Неоадьювантная ХТ проведена у 21 (75 %) пациента, удаление опухоли как единственный метод лечения — у 3 (10,7 %), ХЛТ и удаление опухоли — у 12 (48,1 %), удаление опухоли на заключительном этапе — у 3 (27,3 %).

Результаты. За период наблюдения от 3 мес до 50 лет живы 9 (32,1 %) пациентов, умерли от прогрессирования заболевания — 13 (46,4 %), от осложнений терапии — 1 (3,5 %). Выбыли из-под наблюдения 5 (17,8 %) пациентов. Общая 5-летняя выживаемость составила 42 %. Показатель общей выживаемости среди пациентов со стадиями C и D по системе Kadish–Moritta существенно не различался, $p = 0,64$.

Выводы. Необходимо проведение кооперированных исследований для уточнения биологических особенностей эстеziонейробластомы и разработки эффективных программ лечения пациентов детского возраста.

Эзофагэктомия с резекцией глотки при комбинированном лечении местно-распространенного рака шейного отдела пищевода

А. Н. Рудык¹, Е. И. Сигал¹, Т. Л. Шарапов¹,
Р. Г. Хамидуллин¹, М. В. Бурмистров²

¹ГАОУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Республика Татарстан;

²ГАОУЗ «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Республика Татарстан

Введение. В России рак пищевода среди впервые выявленных злокачественных опухолей составляет примерно 3 %. Отсутствуют точные данные о частоте локализации опухолей в шейном отделе пищевода. До 20 % пациентов обращаются к онкологам уже с III–IV стадией заболевания. Современные клинические рекомендации не содержат точных указаний на оптимальную тактику лечения пациентов с местно-распространенными опухолями шейного отдела пищевода и предлагают проведение ЛТ и ХЛТ в самостоятельном варианте, исключая хирургическое лечение. Результаты лечения у таких пациентов остаются неудовлетворительными. У части пациентов при поражении шейного отдела пищевода с распространением на устье (глоточно-пищеводный переход) возможно выполнение хирургического вмешательства в объеме экстирпации пищевода с резекцией глотки и одномоментной реконструкцией пищевода.

Цель исследования — изучение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных местно-распространенным раком шейного отдела пищевода с одномоментной реконструкцией стеблем из большой кривизны желудка.

Материалы и методы. В ГАОУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Республики Татарстан с 1992 по 2017 г. проведено лечение 89 пациентов с местно-распространенным плоскоклеточным раком шейного отдела пищевода. ЛТ или ХЛТ в самостоятельном варианте получили 55 из них. Хирургическое вмешательство после ЛТ/ХЛТ в объеме ларингофарингоэзофагэктомии и эзофагэктомии с резекцией гортаноглотки проведено 29 пациентам, всем пациентам при эзофагэктомии с резекцией глотки анастомоз стебель желудка–глотка выполнен циркулярным сшивающим аппаратом.

Результаты. Средняя продолжительность жизни пациентов после ЛТ/ХЛТ составляет 8,8 мес, а при проведении хирургического вмешательства — 20,9 мес. После выполнения фарингоэзофагэктомии с резекци-

ей глотки отмечено 1 осложнение в виде формирования абсцесса шеи через 3 нед после выписки пациента из стационара.

Выводы. Результаты ЛТ/ХЛТ в самостоятельном варианте при плоскоклеточном раке шейного отдела пищевода неудовлетворительные: средняя продолжительность жизни не превышает 9 мес, тогда как при выполнении хирургического вмешательства увеличивается более чем в 2 раза и составляет более 20 мес.

Высокодифференцированный рак щитовидной железы после гемитиреоидэктомии: тактика ведения

Е. В. Рябченко, С. В. Атаманская

Межтерриториальный центр отделения эндокринной хирургии ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2»

Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар

Цель исследования — определение целесообразности повторного оперативного вмешательства после гемитиреоидэктомии у пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом высококодифференцированного РЩЖ.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 708 пациентов, находившихся на лечении в отделении эндокринной хирургии ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Краснодара с 2015 по 2018 г., у которых по результатам пункции получено цитологическое заключение «фолликулярная опухоль». Размер опухолевого образования составлял до 3 см.

Результаты. Всем пациентам с диагнозом «фолликулярная опухоль» выполнена гемитиреоидэктомия. В 191 случае был диагностирован высококодифференцированный РЩЖ, из них повторное хирургическое вмешательство, представлявшее собой так называемую завершающую тиреоидэктомию, было выполнено 48 (25 %) пациентам, у которых был гистологически подтвержден высококодифференцированный рак. Из числа повторно прооперированных лишь у 2 (4,16 %) пациентов при гистологическом исследовании операционного материала подтвердили РЩЖ (в одном случае — медулярный, в другом — недифференцированный). Этим пациентам выполнена расширенная тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией — удалением клетчатки с ЛУ VI зоны (обязательный стандарт операции при данном виде опухолей). Доказательством обоснованности такой установки послужили морфофункциональные исследования лимфатической системы ЩЖ и шеи, преимущественное (в 51,0–90,3 % случаев) поражение опухолью одной доли и редкое (4,2–6,0 %) появление рецидивов рака в другой.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ показал, что повторное хирургическое вмешательство при получении гистологического заключения «высокодифференцированный рак» нецелесообразно, если только не выявлен медуллярный рак, как по причине малой частоты подтвержденного рака (4,16 %), так и в силу большого риска послеоперационных осложнений при удалении оставшейся доли ЩЖ.

Особенности диагностики больных с метастазами плоскоклеточного рака в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага

Э.В. Савенок¹, М.В. Рыбалова², О.В. Мануковская²,
Е.С. Минакова¹, Е.Д. Панов¹

¹БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер», Воронеж;

²кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Введение. Метастазы злокачественной опухоли без выявленного первичного очага — сложная гетерогенная группа заболеваний, для которых стандартные методы обследования не всегда позволяют определить первичный очаг.

Цель исследования — анализ результатов диагностики и лечения больных с метастазами в ЛУ шеи без выявленного первичного очага.

Материалы и методы. В исследование включено 40 пациентов с метастазами в ЛУ шеи без выявленного первичного очага, которые получали лечение на базе БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер» в период с января 2014 г. по декабрь 2018 г., из них 30 (75 %) мужчин и 10 (25 %) женщин. Средний возраст больных составил $61,3 \pm 10,1$ года (от 32 до 82 лет). Всем пациентам был проведен ряд общеклинических и инструментальных диагностических мероприятий. Биопсия (инцизионная/эксцизионная/трепанобиопсия) ЛУ шеи была проведена 37 пациентам. Гистологическое и цитологическое исследования для верификации диагноза проводились в 37 и 3 случаях соответственно. Иммуногистохимическое исследование выполнено 10 пациентам. По данным морфологического исследования преобладал плоскоклеточный низкодифференцированный рак (52,6 % случаев), умеренно дифференцированный рак отмечен в 18,4 % случаев. Для оценки распространенности опухоли и поиска первичного очага опухоли 27 пациентам проводилось исследование методом ПЭТ–КТ.

Результаты. Первичный очаг с помощью ПЭТ–КТ был установлен в 11 (41 %) случаях из 27, а по данным

иммуногистохимического исследования — в 4 (40 %) случаях из 10. При этом первичная опухоль локализовалась в орофарингеальной области.

Выводы. С помощью ПЭТ–КТ удастся получить дополнительную информацию о распространенности процесса и локализации первичной опухоли.

Реконструктивная операция у больных раком гортани

П.В. Светицкий, В.Л. Волкова, И.В. Аединова
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Разработка методов лечения больных распространенным раком гортани, способных ликвидировать опухолевый процесс с сохранением функций, является актуальной проблемой, требующей решения.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных местно-распространенным раком гортани путем использования органосохраняющей операции и ЛТ.

Материалы и методы. Для реализации цели было проведено исследование, включившее 50 больных местно-распространенным раком гортани, охватывающим одну половину органа, III (T3N0–1M0) стадии. Разработана операция, предусматривающая боковую резекцию гортани в пределах здоровой ткани. Резекцию проводят совместно с подлежащей частью щитовидного хряща, сохраняя ее верхнюю часть в виде горизонтальной пластины. На больной стороне шеи предварительно заготавливают кожный лоскут, на 1,0–1,5 см по ширине и длине превышающий образовавшийся дефект гортани. Лоскут перекидывают через оставшийся после резекции фрагмент щитовидного хряща и подшивают к здоровой слизистой оболочке сохраненной части гортани. Формируют ларингостому. Проводят послеоперационную ЛТ в суммарной очаговой дозе 40 Гр. Пластику ларингостомы и трахеостомы осуществляют на 4–5-й месяц после операции. Даная операция была проведена 20 больным раком гортани (основная группа). Для сравнения 30 больным с аналогичным опухолевым процессом была проведена ларингоэктомия (контрольная группа).

Результаты. Разработанная операция у больных раком одной половины гортани III стадии обеспечивает радикальное удаление опухоли с восстановлением функций дыхания, глотания и речи. Бессобытийная 5-летняя выживаемость в основной группе составила $80,0 \pm 4,5$ %, в контрольной — $64,0 \pm 4,2$ %.

Выводы. Предлагаемый способ хирургического лечения местно-распространенного рака одной половины гортани обеспечивает радикальное удаление опухоли. Онкологические результаты лечения сопоставимы

с результатами общепринятого комбинированного лечения, включающего ларингэктомию, при этом использование предлагаемого способа операции позволяет реабилитировать функции гортани.

Результаты молекулярно-генетического тестирования 263 больных медулярным раком щитовидной железы

Н.В. Северская, А.П. Шинкаркина, А.А. Ильин, П.А. Исаев, Н.В. Желонкина, Д.Н. Дербугув, Д.Ю. Семин, И.В. Чеботарева, Ф.Е. Севрюков
МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Обнинск

Введение. До 25 % случаев медулярного РЩЖ имеют наследственную природу. Причиной развития наследственного медулярного РЩЖ является герминальная мутация в гене *RET*, кодирующем тирозинкиназный рецептор. Более 95 % мутаций, ассоциированных с наследственным медулярным РЩЖ, расположены в экзонах 10, 11, 13–16 гена *RET*. Клинические проявления наследственного медулярного РЩЖ, включающие возраст манифестации и агрессивность, зависят от локализации *RET*-мутации. Наследственный медулярный РЩЖ также может сочетаться с другими заболеваниями (феохромоцитома, гиперпаратиреоз, ганглионейроматоз и др.) в составе синдромов множественной эндокринной неоплазии 2А и 2В типов. Носителям *RET*-мутаций, ассоциированных с агрессивным фенотипом медулярного РЩЖ, рекомендовано проведение профилактической тиреоидэктомии (American Thyroid Association, 2015).

Цель исследования – изучить распространенность и спектр мутаций в гене *RET* у больных медулярным РЩЖ в российской популяции.

Пациенты и методы. Молекулярно-генетическое исследование гена *RET* проведено 263 пациентам с медулярным РЩЖ. ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови. Исследовали экзоны 10, 11, 13–16 гена *RET* с помощью прямого секвенирования по Сэнгеру.

Результаты. Герминальная мутация в гене *RET* выявлена у 68 (25,9 %) из 263 больных медулярным РЩЖ, у 50 (20,4 %) из 245 членов их семей. Чаще всего обнаруживалась мутация в кодонах 634 (30 больных, 18 семей) и 620 (9 больных, 4 семьи). Остальные локализации распределены следующим образом: кодон 609 – 3 пациента (3 семьи), кодон 611 – 2 (2), кодон 618 – 1 (1), кодон 632 – 1 (1), кодон 649 – 1 (1), кодон 768 – 1 (1), кодон 791 – 8 (8), кодон 804 – 5 (5), кодон 891 – 3 (2), кодон 918 – 4 пациента (4 семьи). О наличии в семей-

ном анамнезе случаев РЩЖ до проведения генетического исследования было известно лишь 4 больным с мутацией в кодоне 634. У 12 пациентов медулярный РЩЖ диагностирован при активном скрининге родственников больных медулярным РЩЖ, у которых ранее выявлена мутация (у 7 – клинически определяемый медулярный РЩЖ, у 5 диагноз медулярного РЩЖ установлен после профилактической тиреоидэктомии). Феохромоцитома выявлена у 15 больных наследственным медулярным РЩЖ с мутациями в кодонах 918, 634, 620, 611 и 804, гиперпаратиреоз – у 8 пациентов с мутациями в кодонах 634 и 620. При обследовании родственников больных наследственным медулярным РЩЖ выявлено 18 бессимптомных носителей патогенной мутации, 6 из них проведена профилактическая тиреоидэктомия (4 носителям мутации в кодоне 634 и 2 носителям мутации в кодоне 620), и по данным гистологического исследования медулярный РЩЖ установлен у 5 пациентов. Минимальный возраст манифестации наследственного медулярного РЩЖ – 3 года, при мутации *C634R*.

Выводы. Частота встречаемости наследственных форм медулярного РЩЖ в российской популяции и преобладание мутаций в кодоне 634 соответствуют данным, полученным в других странах. Высокая частота наследственного медулярного РЩЖ и плохое знание семейного анамнеза подтверждают необходимость генетического скрининга всех больных медулярным РЩЖ. Обнаружение *RET*-мутации позволяет проводить активный скрининг феохромоцитомы и гиперпаратиреоза у больных наследственным медулярным РЩЖ, а также выявить носителей онкогенной мутации и наследственный медулярный РЩЖ среди их родственников.

Оценка непосредственной эффективности и ранней токсичности лучевой терапии локализованного рака органов головы и шеи в режиме ускоренного фракционирования

А.В. Семенов, М.У. Раджапова, И.А. Гулидов
МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Обнинск

Цель исследования – провести сравнительную оценку непосредственной эффективности и ранней токсичности ЛТ в режиме ускоренного фракционирования при локализованных формах рака органов головы и шеи.

Материалы и методы. Дистанционную ЛТ проводили с применением современных методик трехмерного

планирования, с визуализацией мишени в процессе лечения, изготовлением индивидуальных фиксирующих устройств. Пациентов по группам распределяли в зависимости от применяемого режима фракционирования ЛТ. ЛТ в режиме ускоренного фракционирования (разовая очаговая доза 2,4 Гр, суммарная очаговая доза 60,0–62,4 Гр, EQD2 64,8–67,4 Гр) получили 23 (22,3 %) пациента. В группу исторического контроля было включено 80 (77,7 %) пациентов, которые получили курс дистанционной ЛТ в самостоятельном варианте в конвенциональном режиме (разовая очаговая доза 2 Гр, суммарная очаговая доза 56–66 Гр). Данные, полученные в процессе лечения пациентов и последующего наблюдения, обработаны с применением общепринятых методов вариационной статистики с использованием стандартных пакетов программ статистического анализа Statistica.

Результаты. Полный ответ опухоли на проведенный радикальный курс дистанционной ЛТ был достигнут у 22 (95,6 %) пациентов в группе ускоренного фракционирования и у 68 (85 %) пациентов в группе облучения в конвенциональном режиме. Однако полученные данные при сравнительном анализе находятся в зоне незначимости ($t = 1,4$). Мукозиты III степени развились у 14 (60,8 %) пациентов в группе ускоренного фракционирования и у 57 (71,2 %) пациентов в группе облучения в конвенциональном режиме.

Выводы. Сравнительный анализ явлений ранней токсичности и непосредственной эффективности лечения показал, что интенсификация курса лечения не повышает частоту развития тяжелых мукозитов. Следовательно, облучение в режиме ускоренного фракционирования является хорошо переносимой методикой с широкими возможностями для применения. Кроме того, метод позволяет сократить время пребывания больного в стационаре на 5–6 рабочих дней, что является экономически целесообразным.

Определение вирусной инфекции при плоскоклеточном раке тканей головы и шеи

Е.Н. Славнова, А.П. Поляков,
П.А. Никифорович

МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ
«НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

Цель исследования – определить тактику и актуальность диагностики вирусной инфекции при плоскоклеточном раке орофарингеальной и назофарингеальной областей.

Материалы и методы. В исследование включены 54 больных плоскоклеточным орофарингеальным раком разной степени дифференцировки и 5 больных

назофарингеальным раком. Особенность нашего исследования заключалась в том, что клеточный материал забирали с помощью щетки в виалы (Becton Dickinson, США) с консервирующей жидкостью, что позволило параллельно проводить жидкостное цитологическое исследование методами BD SurePath, полимеразной цепной реакции, иммуноцитохимии.

Результаты. У 5 (9,3 %) больных из 54 выявлен ВПЧ (4 пациента с ВПЧ 16-го типа, 1 пациент с ВПЧ 18-го типа) методом полимеразной цепной реакции. Гиперэкспрессия белка-супрессора опухолевого роста p16INK4a, являющегося биомаркером при диагностике интегрированных форм вируса при ВПЧ-положительном плоскоклеточном раке, выявлена в 17 (33 %) случаях. Положительная экспрессия ProExC при диагностике интегрированных форм вируса при ВПЧ-положительном плоскоклеточном раке выявлена в 20 (38 %) случаях. Гиперэкспрессия p16INK4a и ProExC в сочетании с ВПЧ-инфекцией, согласно большинству авторов, может указывать на хороший прогноз и позволяет скорректировать дозы облучения. У 5 больных назофарингеальным раком (низкодифференцированным плоскоклеточным раком) иммуноцитохимически определялся вирус Эпштейна–Барр как в первичной опухоли, так и в метастазах. После проведения лечения выполняли пункцию ЛУ шеи с целью определения наличия вируса Эпштейна–Барр, во всех случаях вирус иммуноцитохимически не определялся.

Выводы. В отличие от отдельного определения статуса ДНК ВПЧ или экспрессии p16INK4a и ProExC, комбинация полимеразной цепной реакции и иммуноцитохимии – оптимальное сочетание для более точного определения активной ВПЧ-инфекции при плоскоклеточном раке и является полезным и надежным способом диагностики и определения прогноза ВПЧ-положительного плоскоклеточного рака. Иммуноцитохимическое определение вируса Эпштейна–Барр в опухоли и метастазах при назофарингеальном раке до и после лечения очень важно для контроля излеченности больных.

Маркеры апоптоза и пролиферации и их связь с p16⁺-статусом опухоли при плоскоклеточном раке ротоглотки и тела языка

А.И. Стукань^{1,2}, В.А. Порханов², В.Н. Бодня², Р.А. Мурашко¹

¹ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар;

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар

Цель исследования — уточнить биологию плоскоклеточного рака ротоглотки и тела языка при p16⁺-статусе опухоли в зависимости от экспрессии p53 и индекса пролиферации Ki-67.

Материалы и методы. Материалом послужили данные 104 больных раком нёбных миндалин, мягкого нёба, стенок ротоглотки, корня языка и тела языка. Опухоль считали p16-положительной при уровне экспрессии p16INK4a ≥ 70 %, использовали антитела к p16 (clone INK4 BioGenex, 1:25), Ki-67 (clone SP6 LabVision, 1:400) и p53 (clone Ab-5 (DO-7) LabVision, 1:100). Низкая пролиферативная активность — при Ki-67 0–20 %, умеренная — при 21–50 %, высокая — при 51–100 %. Отрицательная экспрессия p53 — 0–25 % клеток, слабая экспрессия — 26–50 %, гиперэкспрессия — 51–100 %.

Результаты. p16⁺-статус опухоли выявлен у 24 % пациентов, связан с возрастом ≤ 60 лет (отношение рисков 1,9; 95 % доверительный интервал 1,458–2,558; $p < 0,001$), раком корня языка (отношение рисков 2,431; 95 % доверительный интервал 1,218–4,851; $p < 0,05$) и нёбных миндалин (отношение рисков 2,602; 95 % доверительный интервал 1,507–4,492; $p < 0,05$), неороговевающей морфологией ($p < 0,05$), высокой пролиферативной активностью (отношение рисков 2,345; 95 % доверительный интервал 1,741–3,158; $p < 0,001$). Медиана индекса пролиферативной активности 55 %. Высокая пролиферативная активность отмечена у 53 % пациентов при p16⁺-статусе опухоли. Высокая пролиферативная активность связана с женским полом ($p < 0,05$; отношение рисков 3,009; 95 % доверительный интервал 1,050–8,622), раком корня языка (отношение рисков 2,116; 95 % доверительный интервал 0,950–4,713; $p < 0,05$), показателем G₂ ($p < 0,05$), неороговевающей морфологией ($p < 0,05$). Экспрессия p53: отрицательная экспрессия — 29,8 %, слабая экспрессия — 14,4 %, гиперэкспрессия — 55,8 %. Экспрессия p53 не связана с p16⁺-статусом опухоли ($p > 0,05$). Гиперэкспрессия p53 составила 56 % при p16⁺-статусе опухоли. Гиперэкспрессия p53 связана с показателем G₃ ($p = 0,05$; отношение рисков 2,511; 95 % доверительный интервал

1,093–5,773). Комбинация p16⁺-статуса опухоли и высокой пролиферативной активности связана с женским полом (отношение рисков 3,130; 95 % доверительный интервал 1,362–7,195; $p = 0,017$), возрастом ≤ 60 лет ($p = 0,002$), раком нёбных миндалин (отношение рисков 2,900; 95 % доверительный интервал 1,699–4,951), неороговевающей морфологией (отношение рисков 1,957; 95 % доверительный интервал 1,274–3,004; $p = 0,012$). Показатель N1–2 ассоциирован с p16⁺-статусом опухоли (отношение рисков 2,424; 95 % доверительный интервал 1,182–4,971), высокой пролиферативной активностью (отношение рисков 1,790; 95 % доверительный интервал 1,096–2,924; $p = 0,015$), комбинацией p16⁺-статуса и высокой пролиферативной активности (отношение рисков 2,012; 95 % доверительный интервал 1,344–3,013; $p = 0,006$), не связан с гиперэкспрессией p53 ($p = 0,830$). Трехлетняя общая выживаемость при p16⁺-статусе опухоли выше ($p = 0,021$, *log-rank*-тест). Комбинация p16⁺-статуса опухоли и высокой пролиферативной активности — преимущество в общей выживаемости ($p = 0,025$).

Выводы. p16-положительный и p16-отрицательный рак имеет разную клинику и морфологию. p16⁺-статус опухоли ассоциирован с высокой пролиферативной активностью и не связан с экспрессией p53. Показатель N1–2 ассоциирован с p16⁺-статусом, высокой пролиферативной активностью и их комбинацией. На 3-летнюю общую выживаемость влияют p16⁺-статус опухоли и комбинация p16⁺-статуса с высокой пролиферативной активностью.

Центральная шейная лимфодиссекция при хирургическом лечении папиллярного рака щитовидной железы

М.С. Тигров, Л.П. Яковлева, М.А. Кропотов, П.А. Гавришук, А.В. Ходос

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва

Введение. Папиллярный РЩЖ характеризуется высоким индексом метастазирования в регионарные шейные ЛУ. Тем не менее дооперационное обследование с применением всех доступных методов визуализации не всегда позволяет достоверно выявить метастатическое поражение регионарного лимфоколлектора.

Цель исследования — оценка частоты поражения центральной клетчатки шеи при отсутствии клинически подтвержденных метастазов на дооперационном этапе.

Материалы и методы. В исследование включено 70 пациентов, оперированных в период 2015–2017 гг. по

поводу папиллярного РЩЖ сT1–3N0–х. Соотношение мужчин и женщин – 4,3 % ($n = 3$) и 95,7 % ($n = 67$) соответственно. Средний возраст – 52 года. Всем пациентам выполнено хирургическое лечение в объеме тиреоидэктомии с центральной шейной лимфодиссекцией.

Результаты. Хирургическое лечение в объеме тиреоидэктомии с центральной шейной лимфодиссекцией выполнено 58 пациентам. Опухоли, соответствующие статусу T1, выявлены в 24,3 % случаев ($n = 17$), T2 – в 20 % ($n = 14$), T3 – в 38,6 % ($n = 27$). По результатам патоморфологического исследования после профилактической лимфодиссекции статус pN1a выявлен у 2 (7,1 %), 6 (21,4 %), 20 (71,4 %) пациентов соответственно. При опухолях T1–3 в 48,3 % случаев ($n = 28$) выявлено скрытое метастазирование в центральную клетчатку шеи – pN1a. У 12 пациентов, которым ранее было выполнено хирургическое лечение без превентивной центральной шейной лимфодиссекции (в других лечебных учреждениях), диагностированы рецидивы заболевания с поражением ЛУ данной области.

При выполнении превентивных лимфодиссекций мы не получили увеличения частоты послеоперационных осложнений. Парез гортани не зафиксирован ни у одного пациента, стойкая паратиреоидная недостаточность отмечена в 1 (1,4 %) случае.

Выводы. При оценке результатов лечения частота поражения ЛУ центральной клетчатки шеи по данным патоморфологического исследования составляет до 48,3 %, что обуславливает необходимость выполнения превентивных центральных лимфодиссекций. Отмечается прямая зависимость между размером первичной опухоли и частотой регионарного метастазирования (pN1a): от 7,1 % при статусе T1 до 71,4 % при статусе T3. Наличие метастатического поражения при прогрессировании и/или рецидиве заболевания у пациентов, которым не выполнялась данная лимфодиссекция, косвенно подтверждает необходимость рутинного применения превентивных лимфодиссекций в центральной зоне шеи при лечении РЩЖ, которые не приводят к увеличению количества послеоперационных осложнений.

Злокачественная медуллоэпителиома зрительного нерва с внутриглазным распространением, симулирующая ретинобластому: клинический случай

Т.Л. Ушакова^{1, 2}, О.В. Горовцова¹, А.Х. Бекашев¹, Т.Г. Гаспарян¹, Ю.В. Артеменко¹, И.В. Глеков^{1, 2}, В.Г. Поляков^{1, 2}

¹ФБГУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России, Москва;

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, Москва

Мы предоставляем редкий случай злокачественной медуллоэпителиомы зрительного нерва с внутриглазным распространением, маскирующейся под ретинобластому.

Первым клиническим признаком у пациента в возрасте 15 мес было свечение зрачка в правом глазу. При офтальмоскопии выявлена массивная внутриглазная опухоль правого глаза, которая клинически имитировала ретинобластому с распространением на диск зрительного нерва и стекловидное тело. УЗИ и МРТ также не опровергли ретинобластому. Следует отметить, что МРТ выявила утолщенный зрительный нерв с гетерогенной структурой всей его орбитальной части. Пациенту был поставлен диагноз ретинобластомы высокого риска с распространением на зрительный нерв, стадия T4N0M0. После 2 курсов ХТ наблюдались небольшое уменьшение внутриглазной опухоли и отсутствие динамики со стороны опухолевого компонента зрительного нерва. Следующим шагом была одномоментная последовательная операция – прехиазмальная резекция зрительного нерва и энуклеация глаза. Глаз с утолщенным зрительным нервом был удален единым блоком. Гистологическое исследование выявило злокачественную медуллоэпителиому с массивным вторжением опухоли в сосудистую оболочку и склеру без выхода за ее пределы, а также опухолевые отсеы в стекловидном теле. Также было обнаружено ретроламнарное распространение опухоли по зрительному нерву без достижения линии резекции.

Таким образом, диагноз злокачественной медуллоэпителиомы зрительного нерва с внутриглазным распространением был установлен только после операции. Учитывая радикальный характер хирургического вмешательства, было решено отказаться от ЛТ и продолжить ХТ 2-й линии. Ребенок наблюдается без признаков рецидива заболевания в течение 10 мес.

Данный клинический случай демонстрирует сложность первичной диагностики внутриглазных опухолей

детского возраста. Медуллоэпителиома зрительного нерва клинически может имитировать более часто встречающуюся детскую внутриглазную опухоль – ретинобластому. Вовлечение в опухолевый процесс зрительного нерва может являться причиной метастазирования, поэтому лечение должно быть комбинированным с применением ХТ. Если возможно радикальное удаление опухоли, операция должна быть выполнена. Назначение ЛТ должно обсуждаться с лучевыми терапевтами при неоперабельных случаях и/или после получения результатов гистологического исследования удаленной опухоли.

Ультразвуковая дифференциальная диагностика папиллярного рака щитовидной железы и коллоидного узла размером до 1 см

А.С. Фенькина, В.С. Паршин

МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Обнинск

Цель исследования – изучить ультразвуковые признаки папиллярного РЖЩ Т1а и коллоидного узла размером до 1 см для улучшения дифференциальной диагностики.

Материалы и методы. Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате экспертного класса Siemens Acuson Antares с использованием линейного датчика 5–13 МГц. УЗИ выполнено в В-режиме 73 пациентам, которые в дальнейшем были разделены на 2 группы: 1-я группа – 45 больных с гистологически верифицированным папиллярным РЖЩ, 2-я группа – 28 больных с цитологически верифицированным коллоидным узлом ЩЖ.

Результаты. При проведении УЗИ шеи оценивались такие признаки, как размеры ЩЖ, локализация узла, его отношение к краеобразующим элементам, целостность капсулы железы на уровне образования, размер в наибольшем измерении, форма, контуры, границы, экзогенность, экоструктура образования, наличие участков обызвествления, дорзальное стирание сигнала, ЛУ I–VI уровней. При анализе полученного при УЗИ изображения установлено, что все образования имели внутриорганный рост, максимальный размер которого составлял до 1 см. В 1-й группе пациентов в 75 % случаев определяемое образование прилежало к краеобразующим элементам, в 25 % – не прилежало. Наблюдались следующие ультразвуковые признаки: гипоехогенное образование (100 % случаев), неровные границы (96 %), ровные границы (4 %), нечеткие контуры (100 %), неоднородность экоструктуры (100 %), гиперэхогенная ткань с дорзальным стиранием ультразвукового сигнала

(22 %), гипоехогенные участки и гиперэхогенные точки (псаммомные тельца) (15 %), отсутствие изменения формы при компрессии (100 %), смешанный тип кровотока (15 %), периферический кровоток (66 %), центральный кровоток (4 %). По данным УЗИ в ЛУ I–VI уровней метастазов не выявлено. Во 2-й группе образование пониженной экзогенности (100 % случаев), не прилежит к краеобразующим элементам (63 %), форма узла овальная (78 %) или круглая (22 %), контур ровный (98 %), границы четкие (100 %), наблюдается дорзальное усиление эхосигнала (85 %), экоструктура неоднородная (88 %), имеются гипоехогенные участки и гиперэхогенные точки (65 %), наблюдается смешанный тип кровотока (53 %), имеется периферический кровоток (47 %).

Выводы. Полученные нами результаты подтверждают, что УЗИ позволяет дифференцировать папиллярный РЖЩ Т1а и коллоидный узел ЩЖ размером до 1 см благодаря ультразвуковым признакам, характерным для каждой из этих патологий.

Методы профилактики нарушения голоса при экстрафасциальных операциях на щитовидной железе

Е.М. Фуки, Е.И. Трофимов, Р.И. Губеев

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва

Цель исследования – рассмотреть нарушения голоса, вызванные повреждением двигательных нервов гортани при операциях на ЩЖ, а также способы профилактики этих осложнений.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 62 больных с узловой патологией ЩЖ, находившихся в состоянии эутиреоза, из них у 12 был верифицирован высокодифференцированный РЖЩ. В зависимости от показателей послеоперационной электромиографии гортани больные были разделены на 2 группы: 1-я – с патологическими проявлениями, 16 (25,8 %) пациентов; 2-я – без патологических проявлений, 46 (74,2 %) пациентов. Во время операции на ЩЖ для обнаружения и сохранения гортанных нервов мы использовали электрофизиологический нейромониторинг (аппарат Neugosign 100) и/или оптическое увеличение при помощи операционного микроскопа.

Результаты. Используемые нами методы обнаружения гортанных нервов позволили идентифицировать возвратные гортанные нервы во всех случаях и наружную ветвь верхнего гортанного нерва в 62 (82,9 %) из 76 случаев. До операции у 3 (4,8 %) пациентов по данным электромиографии гортани обнаруживались патологические изменения, которые после операции или усугубились, или остались практически без изменений.

Через 6 мес после операции патологические изменения сохранились у 5 (8,1 %) больных. После операции жалобы на утомляемость голосовых связок, потерю звучности, охриплость разной степени отмечали 12 (75 %) пациентов 1-й группы и 6 (13 %) пациентов 2-й группы. Жалобы сохранялись более 6 мес у 2 (12,5 %) пациентов 1-й группы. При акустическом исследовании у 14 (87,5 %) пациентов 1-й группы отмечались уменьшение максимальной частоты голоса более чем на 10 % от исходной, уменьшение уровня звукового давления на высоких частотах на 5–10 дБ; эти явления сохранялись более 6 мес у 6 (37,5 %) пациентов 1-й группы. Во 2-й группе снижение максимальной частоты голоса менее чем на 5 % отмечалось у 25 (54,3 %) пациентов, на 5–10 % – у 9 (19,6 %), на 10–20 % – у 2 (4,3 %). У 5 (10,8 %) больных в течение 6 мес сохранялось снижение частоты голоса более чем на 5 %. После операции у 4 (25 %) пациентов 1-й группы голосовая складка с пораженной стороны была опущена, укорочена, провисала при вдохе и становилась выпуклой на выдохе, что указывало на повреждение наружной ветви верхнего гортанного нерва.

Выводы. Изменения голоса после тиреоидэктомии не должны игнорироваться, даже если стандартная непрямая ларингоскопия демонстрирует нормальные результаты.

Комплексная реабилитация пациентов после ларингоэктомии

А.М. Хабазова, В.В. Виноградов, С.С. Решульский
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва

Цель исследования – улучшение качества жизни пациентов после ларингоэктомии путем проведения реабилитации обонятельной функции и голосовой реабилитации, необходимость создания алгоритма реабилитации у пациентов после ларингоэктомии.

Материалы и методы. В исследование включено 30 пациентов после ларингоэктомии по поводу рака гортани Т3–4aN0M0. Всем пациентам выполняли реабилитацию обонятельной функции, метод голосовой реабилитации выбирали индивидуально каждому пациенту. После ларингоэктомии 90 % пациентов отмечали anosмию, 10 % – гипосмию. Реабилитацию обонятельной функции проводили путем выполнения упражнений, направленных на нагнетание воздуха в полость носа, для контроля использовали водный манометр. В зависимости от используемого метода голосовой реабилитации пациентов разделили на 3 группы: в 1-й группе проводили логопедические занятия, во 2-й группе – образование голоса с использованием специальных электронных приборов, в 3-й группе –

формирование трахеопищеводной фистулы с установкой голосового протеза.

Результаты. После проведенной реабилитации 70 % пациентов отметили улучшение обонятельной функции. Выбор метода голосоречевой реабилитации зависел от нескольких аспектов: возраста пациента, его анатомо-физиологических особенностей, социального статуса и финансовых возможностей. Наиболее доступной для пациента является методика разработки эзофагеального голоса. Для освоения методики эзофагеального голоса реабилитацию целесообразно начинать с логопедических занятий. При невозможности освоения пациентом логопедической методики или при неудовлетворенности полученным результатом можно ставить вопрос об использовании протезов и электронных приборов.

Выводы. Результаты исследования доказывают высокую эффективность логопедических и дыхательных упражнений для реабилитации обонятельной функции и тренировки эзофагеального голоса у пациентов после ларингоэктомии. Формирование голоса подобным образом не уступает другим широко используемым методам голосовой реабилитации, в том числе с использованием «голосовых» протезов и электронных приборов.

Диагностические возможности ПЭТ–КТ при раке щитовидной железы

В.В. Хвостовой¹, А.С. Марусенко¹, П.В. Решетник²
¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск;
²ООО «ПЭТ-Технолоджи», Курск

Цель исследования – изучение информативности и диагностической значимости метода ПЭТ–КТ при РЩЖ для дифференциальной диагностики в сложных и неясных случаях, для оценки распространенности опухолевого процесса, скрытых регионарных и отдаленных метастазов как в процессе первичной диагностики, так и при контроле за эффективностью лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов 67 исследований методом ПЭТ–КТ, выполненных 60 больным в центре ядерной медицины «ПЭТ-Технолоджи» г. Курска. В исследование включены 49 (81,66 %) женщин и 11 (18,3 %) мужчин. Средний возраст больных составил 52,8 года. У 56 (93,3 %) больных имел место РЩЖ, по 1 (1,6 %) случаю, требовавшему дифференциальной диагностики при подозрении на рак, пришлось на зоб, В-клеточную лимфому с поражением ЩЖ, рак легкого, 1 (1,6 %) случай – без патологии.

Результаты. Информативный диагностический результат получен в 20 (29,8 %) исследованиях методом ПЭТ–КТ, из них в 12 (63,1 %) случаях диагностировались отдаленные метастазы, в 3 (15,8 %) – локальный

рецидив, в 5 (25 %) – впервые выявленный очаг. В 7 (25 %) случаях было выявлено отдаленное метастазирование в печень, в 7 (25 %) случаях – в легкие, в 3 (1,5 %) случаях – в ЛУ, в 3 (15 %) случаях – в кости. Отрицательный результат (отсутствие других поражений, выявленных без ПЭТ–КТ) получен в 47 (70,1 %) исследованиях; это больные, которым ранее проводилось лечение высококодифференцированного РЩЖ.

Выводы. Информативный результат, свидетельствующий о прогрессировании заболевания, получен в 20 (29,8 %) исследованиях методом ПЭТ–КТ. ПЭТ–КТ показала чувствительность 86,9 %, специфичность 95,5 % и точность 93 % в выявлении локальных рецидивов и отдаленных метастазов РЩЖ.

Комбинированное применение узкоспектральной и контактной эндоскопии в диагностике новообразований гортани

Н.Д. Чучуева, И.В. Решетов, В.М. Свистушкин
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
Минздрава России, Москва

Цель исследования – определение эффективности узкоспектральной и контактной эндоскопии в диа-

гностике новообразований гортани, в том числе в преодолении «эффекта зонта», возникающего при лейкоплакиях, путем выявления очагов неоангиогенеза.

Материалы и методы. В исследование было включено 102 пациента с диагностированными 132 новообразованиями гортани. Всем пациентам проводили обследование с использованием узкоспектральной эндоскопии амбулаторно и контактной эндоскопии интраоперационно. Для каждого метода в отдельности и их комбинированного применения были рассчитаны значения параметров диагностической эффективности.

Результаты. Чувствительность при комбинированном применении методов составила 94,37 %, специфичность – 93,44 %, прогностическая ценность положительного результата – 94,37 %, прогностическая ценность отрицательного результата – 93,44 %, точность – 93,9 %. Маскировочный «эффект зонта» был преодолен в 32 из 34 случаев выявленной лейкоплакии.

Выводы. Комбинированное применение узкоспектральной и контактной эндоскопии может вносить существенный вклад в раннюю диагностику злокачественных новообразований гортани, в том числе позволяя визуализировать очаги неоангиогенеза при наличии изменений со стороны слизистой оболочки, маскирующих сосудистый рисунок.

