

опухоли. Иммуногистохимическое исследование является обязательным в случаях низкодифференцированного рака и недифференцированных опухолей для диагностики химиочувствительных потенциально курабельных новообразований (лимфомы, герминогенные опухоли).

Поиск первичной опухоли осуществляется в соответствии с гистологической структурой метастазов и распространенностью поражения. Эти два фактора существенно влияют на индивидуальную программу обследования конкретного пациента. Учитывая тот факт, что все больные в группе с синхронным поражением органов и/или систем расцениваются как пациенты с диссеминированным процессом, можно сказать, что выявление первичного очага, за редким исключением, не позволяет надеяться на существенное улучшение результатов специального лечения. Поэтому диагностические мероприятия, направленные на выявление первичного очага в этой группе, не должны

превращаться в самоцель. Поскольку первичный очаг остается неизвестным, любое проведенное лечение называть «радикальным» можно только условно. Поэтому выбор лечебной тактики у данной категории больных представляет собой проблему, разрешаемую в каждом конкретном случае в индивидуальном порядке.

Лечебная тактика определяется с учетом общего состояния больного, локализации метастазов, распространенности опухолевого процесса, морфологического строения метастатической опухоли, предполагаемой локализации первичного очага. Доказано, что средняя продолжительность жизни пациентов, получавших специальное лечение, достоверно выше, чем у лиц, лечение которых ограничилось симптоматической терапией. Лучшие результаты пятилетней выживаемости отмечены у больных с изолированными метастазами в паховых, подмышечных, шейных лимфатических узлах, получавших специальное лечение.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ ИЗ НЕВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А.У. Минкин, М.Ю. Верещагин

*ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск
ГБУ АО АКОД «Архангельский областной клинический онкологический диспансер»*

Метастазы (МТС) злокачественной опухоли (ЗО) из невыявленного первичного очага (НПО) – понятие, включающее в себя случаи онкологического заболевания, проявляющегося МТС опухолями, в то время как первичный очаг невозможно установить ни на основании анамнеза, ни при обследовании. МТС в лимфоузлы шеи являются наиболее частой локализацией среди всех МТС поражений периферических лимфоузлов и составляют от 0,25 до 8 %. Среди всех опухолей головы и шеи данная патология занимает 1–2 %. Несмотря на наличие значительного спектра диагностического оборудования, в большинстве случаев при жизни пациента первичная опухоль не верифицируется. Частота выявления первичного очага колеблется от 9,7 до 20 %. Примерно у 15–25 % пациентов первичный очаг не может быть идентифицирован даже при вскрытии. Наиболее трудными для выяв-

ления первичной опухоли считаются локализации ее в области небной миндалины и корня языка. По гистологическому строению 65–70 % пациентов имели МТС плоскоклеточного рака, реже – аденокарциномы. Наиболее часто источниками МТС плоскоклеточного рака в лимфатические узлы шеи являются невыявленные опухоли легких (34,6 %) и глотки (46 %). Средняя совокупная пятилетняя выживаемость у пациентов с МТС в лимфоузлы шеи плоскоклеточного рака из НПО составляет 50–55 %, при «неплоскоклеточном раке» с такой же локализацией продолжительность жизни колеблется от 10 до 25 мес.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни и амбулаторных карт пациентов с МТС из НПО, проходивших обследование и лечение на базе ГБУ АО АКОД в период с 2002 по 2012 г.

Результаты

Общее количество пациентов, наблюдавшихся по поводу МТС- поражения из НПО, – 907. Чаще болеют мужчины – 53,0 % (женщины – 47,0 %). Преобладает городское население – 58,7 % (сельское население – 41,3 %). Пациенты были разделены на следующие возрастные группы: 20–29 лет – 2,2 %; 30–39 лет – 3,8 %; 40–49 лет – 16,7 %; 50–59 лет – 22,7 %; 60–69 лет – 29,5 %; 70–79 лет – 21,5 %; 80–89 лет – 2,6 %. Заболеваемость варьировала от 4,4 до 8,2 на 100 тыс. населения. По локализации МТС распределились: печень – 32,6 %; легкие/плевра – 11,9 %; кости – 10,8 %; лимфоузлы – 9,4 %; головной мозг – 4,9 %; брюшина – 4,8 %; яичники – 0,55 %; кожа – 0,12 %; множественные – 15,6 %; другие органы – 8,43 %. Выживаемость составила: до 1 года – 59,8 %; 1 год – 17,2 %; 2 года – 3,6 %; 3 года – 0,44 %; 4 года – 0,66 %; 5 лет – 0,22 %; 6 лет – 0,33 %; 7 лет – 0,33 %; 8 лет – 0,11 %; живы – 17,4%.

Нами был проведен анализ группы пациентов с диагнозом МТС из НПО в лимфатические узлы шеи. Пациенты с этой патологией составили 27,9 % в группе «МТС из НПО в лимфатические узлы» и 2,09 % от всех пациентов с МТС из НПО. Такое малое количество пациентов указывает на тщательное обследование с целью выявления первичного очага. Пациенты с НПО, по-видимому, имели микрокарциномы с инфильтративным ростом. В данной группе преобладали мужчины – 78,9 % (женщины – 21,1 %), проживающие в селе – 52,6 % (городские жители – 47,4 %). Выживаемость составила: менее 6 мес – 10,5 %; от 6 до 12 мес – 31,6 %; от 1 года до 3 лет – 31,6 %; от 3 до 5 лет – 5,3 % и более 5 лет – 21,0 %. В группе умерших пациентов 44,4 % имели МТС плоскоклеточного рака. По морфологическому типу преобладал плоскоклеточный рак – 31,57 %; в 15,78 % диагноз был верифицирован как рак без указания точной дифференцировки; МТС железистого и мелкоклеточного рака составили по 5,26 %. В 36,84 % случаев морфологический тип злокачественной опухоли не был установлен.

ОПУХОЛИ СКРЫТОЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ШЕИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

А.Е. Михнин, Р.И. Вагнер

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Исследования последних лет показывают, что большинство опухолей скрытой первичной локализации (ОСПЛ) с изолированными метастазами в лимфатических узлах шеи являются вирусиндуцированными микрокарциномами рото- и носоглотки, имеющими существенные особенности патогенеза, клинического течения и прогноза. Орофарингеальный рак тесно ассоциирован с инфекцией, вызванной онкогенными штаммами вируса папилломы человека (HPV), значительная часть случаев назофарингеального рака обусловлена вирусом Эпштейна – Барр (EBV). Пациенты с HPV-ассоциированным раком головы и шеи характеризуются молодым возрастом, более высоким социальным статусом, частой сменой половых партнеров, меньшей экспозицией к канцерогенам табачного дыма, лучшей выживаемостью. Выяв-

ление HPV и EBV в метастатических узлах может указывать на вероятную локализацию скрытой первичной опухоли и сузить зону планируемой лучевой абляции.

К числу современных технологий обнаружения небольших первичных опухолей, не определяемых при обычном эндоскопическом исследовании, следует отнести узкодиапазонную эндоскопию с использованием специальных источников света (например, видеоэндоскоп Q240Z с RGB-осветителем CLV-Q260SL, Olympus Medical Systems, Tokyo, Japan).

Высокая информативность МРТ как метода визуализации первичных опухолей головы и шеи, разрешающая способность которого возрастает по мере совершенствования аппаратуры, в настоящее время не подвергается сомнению. В развитых