

---

---

# МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ ПРОБЛЕМНОЙ КОМИССИИ «ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ» НАУЧНОГО СОВЕТА ПО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ РАМН И МЗ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (25 апреля 2013 г., г. Санкт-Петербург)

---

---

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

Е.Г. Ахтырская, Е.Н. Новожилова, А.П. Федотов, И.Ф. Чумаков

*Московская городская онкологическая больница № 62*

Метастазы из невыявленного первичного очага имеют 3–5 % больных с впервые установленным диагнозом злокачественной опухоли. Эта гетерогенная группа заболеваний, впервые проявляющаяся метастазами, в большинстве случаев имеет плохой прогноз. Диагностический алгоритм у больных с метастазами без выявленного первичного очага (БВПО) включает общую оценку состояния пациента, морфологическую верификацию, оценку распространенности процесса и поиск первичного очага. Несмотря на появление новой диагностической аппаратуры (КТ, МРТ и ПЭТ), у части больных выявить первичный очаг в результате диагностического поиска не удается. Важным условием для адекватного планирования лечения является морфологическое исследование лимфатического узла, а при необходимости и иммуногистохимическое, что в ряде случаев позволяет предположить первичный очаг и определить направление клинического поиска.

**Цель исследования** – выработать наиболее рациональную диагностическую и лечебную тактику для больных без ВПО.

### **Материал и методы**

В отделении опухолей головы и шеи МГОБ № 62 с 2006 по 2011 г. с диагнозом метастазы в лимфатические узлы шеи без ВПО проходили лечение 54 пациента.

Выполнение диагностической пункции в настоящее время не может заменить гистологическое исследование. Так, из 24 пациентов, которым амбулаторно была выполнена пункция лимфатического узла, в стационаре 21 больному произведена биопсия. У 17 (85 %) выявлено несовпадение цитологического и гистологического заключения. У 12 больных проблемы возникли при дифференциальной диагностике плоскоклеточного и железистого рака, у 7 – при диагностике анапла-

зированного рака, лимфомы и меланомы, у 2 – при раке щитовидной железы.

Подавляющее число пациентов – 32 (59,3 %) – имели метастазы плоскоклеточного рака. Однако, несмотря на использование современных методов исследований, первичный очаг сразу удалось выявить лишь у 8 (12 %). Еще у 5 (9,3 %) пациентов первичный очаг был обнаружен в течение 4 мес, пока они получали лечение, у 2 (3,7 %) больных – через 3 года, у 1 (1,9 %) – через 4 года после окончания первичного лечения.

### **Результаты**

При выявлении метастазов плоскоклеточного рака в лимфатические узлы шеи необходимо тщательное обследование верхних дыхательных путей, поскольку у 2–5 % больных с опухолями этой локализации заболевание проявляется таким образом. Мы считаем целесообразной активную диагностическую тактику. У 2 пациентов без каких-либо жалоб и визуальных проявлений первичный очаг нам удалось выявить в небной миндалине (после тонзиллэктомии на стороне поражения).

До сих пор при выборе тактики лечения больных БВПО нет стандартного подхода: 10 больных получили только полихимиотерапию (ПХТ), полихимиотерапия в сочетании с лучевой терапией (ЛТ) проведена 11 больным, ПХТ с последующей шейной лимфодиссекцией – 4, только шейная лимфодиссекция – 4, шейная лимфодиссекция с последующей ПХТ – 9, шейная лимфодиссекция с последующей лучевой терапией – 1 пациенту. Комплексное лечение, включающее химиотерапию, лучевую терапию и хирургическое вмешательство (шейная лимфодиссекция), проведено 8 больным, из них: хирургическое лечение на первом этапе выполнено – 3, полихимиотерапия – 4, лучевая терапия – 1 пациенту.

При оценке выживаемости было установлено, что средняя продолжительность жизни при плоскоклеточном раке 20,4 мес, тогда как при других морфологических типах – от 12 до 16 мес. Наиболее благоприятным был прогноз в группе больных с изолированными метастазами плоскоклеточного рака с одной стороны шеи.

У 9 больных, которым на первом этапе было проведено ХЛ лечение, а затем выполнена операция на лимфатической системе шеи, мы выявили патоморфоз в лимфатических узлах. Патоморфоз 4 ст. был выявлен у 1 больного, 3 ст. – у 2 больных, у остальных – патоморфоз 1–2 ст.

#### **Выводы**

Результаты выживаемости и степень патоморфоза в удаленных лимфатических узлах свидетель-

ствуют о том, что всем пациентам целесообразно проводить шейную лимфодиссекцию (до или после проведения ХТ, ЛТ). Если первичный очаг остается невыявленным, целесообразно проведение ЛТ по радикальной программе на область от основания черепа до ключиц. ЛТ необходима для воздействия на возможные скрытые опухолевые очаги в области головы и шеи. Отдаленные результаты выживаемости при плоскоклеточном раке (и монолатеральном поражении узлов) значительно лучше, чем при аденокарциноме и низкодифференцированных раках. Учитывая, что в 40 % случаев очаг локализуется в небной миндалине или корне языка, целесообразно выполнять тонзиллэктомию на стороне поражения и биопсию корня языка при поиске первичного очага.

## **МЕТАСТАЗЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА**

**И.Г. Комаров, С.О. Подвязников**

*ФБГУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва*

Метастазы злокачественной опухоли без выявленного первичного очага – заболевание, проявляющееся метастатическими опухолями, в то время как первичный очаг невозможно установить ни на основании анамнеза, ни при обследовании. По данным различных авторов, такие пациенты составляют от 3 до 5 % онкологических больных, обратившихся за медицинской помощью. По распространенности опухоль без выявленного первичного очага занимает 7–8-е место среди всех злокачественных новообразований и 4-е место в структуре смертности от злокачественных опухолей.

Больные с метастазами без выявленного первичного очага представляют чрезвычайно «пеструю» группу как по локализации и распространенности опухолевого процесса, так и по морфологическому строению метастазов. И хотя метастазы без установленной первичной опухоли отличаются по происхождению, биологическое поведение их приблизительно одинаково. Это наиболее агрессивный тип злокачественных опухолей, метастазирование которых непредсказуемо по локализации и возникает на самых ранних этапах развития.

Клинические проявления заболевания неспецифичны и зависят от локализации очагов метастатического поражения и распространенности опухолевого процесса. Алгоритм диагностического поиска у больных с метастатическим поражением без выявленного первичного очага включает оценку общего состояния, оценку распространенности опухолевого поражения, получение материала для морфологического исследования и поиск первичного очага.

Морфологическое исследование является наиболее значимым и должно выполняться как можно раньше. Полученные данные позволяют подтвердить злокачественность процесса, определить гистогенез опухоли, степень дифференцировки клеток, а иногда и предположительную локализацию первичной опухоли, что значительно облегчает поиск первичного очага и сокращает количество диагностических манипуляций.

Иммуногистохимический метод повышает точность патологоанатомического исследования за счет более корректного определения или уточнения гистогенеза, направления клеточной дифференцировки и органной принадлежности первичной