

ТАКТИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

И.В. Решетов, С.А. Кравцов, О.В. Маторин, А.П. Поляков, Д.С. Морозов

*Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена
Кафедра онкологии с курсом реконструктивно-пластической хирургии ИПК ФМБА, г. Москва*

ние при меньшей токсичности позволяет улучшить результаты лечения, существенно сокращает сроки пребывания больного в стационаре, позволяет проводить лечение амбулаторно, что имеет явный экономический эффект для практического здравоохранения.

В настоящее время в отечественных и зарубежных клиниках накапливается опыт по изучению сторожевых лимфатических узлов у онкологических больных. Развитие данного направления в онкологии связано с необходимостью улучшения результатов лечения.

В МНИОИ им. П.А. Герцена проводятся исследования, направленные на разработку оптимальной методики определения сторожевых лимфатических узлов при лечении опухолей органов головы и шеи. Накоплен опыт лечения 18 больных опухолями органов головы и шеи, из них: по поводу меланомы кожи – 4 пациента, рака щитовидной железы – 8, рака гортани – 1, рака кожи – 3, рака языка – 2. Для исследования отбирались больные, не имеющие клиническо-инструментальных данных о поражении регионарных

лимфатических узлов. При определении сторожевых лимфатических узлов нами использовался отечественный интраоперационный радиометр РИГ-10П. Поиск сторожевого лимфатического узла производился с целью его дальнейшего удаления и гистологического исследования, по результатам которого решался вопрос о необходимости дальнейшей расширенной лимфаденэктомии. Также с помощью данной методики определялись пути лимфооттока при срединных локализациях опухолей, таких как перешеек щитовидной железы, кожа и мягкие ткани в проекции передней или задней срединных линий головы и шеи. В результате проведенного исследования нами были выявлены клинически не определяемые микрометастазы в сторожевых лимфатических узлах у 3 (16,7 %) больных, что потребовало выполнения лимфаденэктомии у данных пациентов. При этом у одного из них были дополнительно выявлены метастазы в нескольких регионарных лимфатических узлах. Следует отметить, что в одном наблюдении при негативном сторожевом узле через 3 мес выявлено метастатическое поражение других регионарных лимфатических узлов.

КРАНИОФАЦИАЛЬНЫЕ БЛОК-РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

И.В. Решетов, В.А. Черкаев, А.М. Зайцев, А.И. Белов

*МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва
НИИ нейрохирургии им Н.Н. Бурденко РАМН, г. Москва*

Таким образом, полученные нами предварительные результаты свидетельствуют о клинической значимости данного метода в определении тактики лечения онкологических больных и позволяют продолжить исследования в этом направлении.

Проблема лечения больных со злокачественными краниофациальными опухолями включает в себя совершенствование диагностики с целью выявления ранних стадий заболеваний, разработку эффективных

методов лечения, включая до- и послеоперационную лучевую, химиотерапию и хирургическое удаление патологического процесса в пределах здоровых тканей. По литературным данным, правильно выбранная тактика лечения позволяет добиться 5-летнего безрецидивного периода в 40–60 % случаев.

Разработка эффективных методов реконструктивной и пластической хирургии явилась основой для выполнения блок-резекции у больных со злокачественными опухолями основания черепа, когда уда-

ляется опухоль единым блоком с прилежащими нормальными тканями (твердой мозговой оболочкой, мышцами, костями основания черепа и лицевого скелета, слизистой, тканями глазницы, кожей). Краниофациальная блок-резекция является одним из этапов комплексного лечения больных со злокачественными опухолями основания черепа. Злокачественные опухоли краниофациальной локализации имеют склонность к местному распространению и редко дают как регионарные, так и отдаленные метастазы. На этом основана концепция возможности излечения больного от злокачественной краниофациальной опухоли путем ее удаления блоком с участком прилежащих здоровых тканей. При подготовке больного к блок-резекции важно тщательное обследование для исключения метастазирования и четкого определения локализации и распространенности процесса с целью планирования объема резекции и метода пластики дефекта.

Существует три основных метода блок-резекции:

1) Передняя краниофациальная блок-резекция – в блок включается носоглотка, решетчатая и основные пазухи, ольфакторная ямка. В зависимости от распространенности патологического процесса блок расширяется за счет глазницы, верхнечелюстной пазухи. Дефекты твердой мозговой оболочки закрываются свободными фрагментами жировой клетчатки, а сверху укладывается перемещенный лоскут надкостницы. Возникающие обширные дефекты костей и мягких тканей закрываются кожно-мышечным лоскутом на сосудистой ножке с формированием из его кожной поверхности области неба и основы для глазного протеза. Кожно-мышечный лоскут формирует-

ся из широчайшей мышцы спины, передней зубчатой мышцы, большой грудной мышцы, прямой мышцы живота. При распространенном нарушении целостности твердой мозговой оболочки эти дефекты целесообразнее закрывать лоскутом большого сальника на сосудистой ножке.

2) Боковая краниофациальная блок-резекция – в блок включаются структуры, формирующие подвижную ямку, суставной и венечный отростки нижней челюсти, наружные отделы пирамиды височной кости, верхнечелюстной пазухи, глазницы, включая основание передней черепной ямки, формирующей крышу глазницы. Дефекты закрываются по тем же принципам, что и при передних блок-резекциях.

3) Переднебоковая краниофациальная блок-резекция – применяется при локализации опухоли в глазнице, верхнечелюстной пазухе, носоглотке. По сути данная блок-резекция является наиболее обширной, т.к. распространенность опухоли наиболее велика. Данная операция сочетает в себе, по возможности, обе вышеописанные методики и отличается разве что большим объемом удаляемых тканей. Дефекты закрываются по тем же принципам. Перед краниофациальной блок-резекцией устанавливается люмбальный дренаж, который удаляется через 6–8 дней после операции.

В настоящее время в институте внедрена в практику методика краниофациальных блок-резекций злокачественных опухолей основания черепа. Производится удаление опухоли блоком с прилежащим участком здоровых тканей и пластикой дефектов кожно-мышечным лоскутом или лоскутом большого сальника с последующей косметической коррекцией. За период с 1992 по 2005 г. совместной бригадой оперировано 895 больных. По гистологической структуре опухоли распределялись следующим образом: почти в 90 % случаев эпителиаль-

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА ВВЕДЕНИЯ ПААГ “ВИТАГЕЛЬ” ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ КСЕНОГЕННЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ

И.В. Решетов, Ю.И. Можаренко, О.В. Маторин, В.К. Сологуб

*МНИОИ им П.А. Герцена, г. Москва
ЗАО “Русские биотехнологии”*

ные опухоли, остальные – саркомы, злокачественные хондромы, эстезионеуробластомы, анапластические менингиомы. При сроках наблюдения до 5 лет выживаемость больных составила 53 %. Общая летальность составила 46,8 %. Средний возраст составил 40,1 года.

Цель исследования. Клиническая оценка адъювантной вакцинотерапии на основе ксеногенных опухолевых клеток, культивируемых в капсуле из полиакриламидного геля (ПААГ) у больных меланомой кожи