

странах МРТ включена в стандарты обследования больных с ОСПЛ.

Эффективным методом метаболической визуализации скрытых первичных опухолей является ПЭТ-КТ с 18F-дезоксиглюкозой (18F-FDG). В настоящее время разрешающая способность позитронно-эмиссионных томографов достигает 4 мм, и данный метод исследования постепенно входит в диагностические стандарты многих стран. По мнению ряда исследователей, выполнение ПЭТ-КТ у больных с ОСПЛ, прошедших панэндоскопию и МРТ, позволяет дополнительно выявить до 5–7% первичных опухолей.

Сейчас обсуждается вопрос о целесообразности выполнения тонзиллэктомии в качестве диагностической, а при выявлении опухоли – и в качестве лечебной процедуры.

Стандарты лечения ОСПЛ с метастазами в шейных лимфатических узлах до настоящего времени не разработаны. Объем ЛТ и шейных лимфатических диссекций при ОСПЛ принципиально остается тем же, что и при опухолях установленной локализации. Большой практический интерес представляет возможность перехода от тотального облучения слизистых рото- и носоглотки к зональному, что позволит существенно улучшить качество жизни пациентов.

МЕТАСТАЗЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ ИЗ НЕВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

В.И. Письменный, И.В. Письменный

*Самарский областной клинический онкологический диспансер,
Самарский государственный медицинский университет, г. Самара*

Рак из невыявленного первичного очага представляет собой нерешенную и сложную проблему клинической онкологии. Какой метод ставить во главу угла при поиске первичной опухоли, когда нужно приостановить методы диагностики или определить цикличность использования диагностических действий и приступить к специальному лечению опухоли, поражающей лимфатические узлы шеи? Как сформулировать рабочий и основной диагнозы, какой диагноз будет основным? Вот только часть нерешенных вопросов при этой патологии.

За период 2008–2012 гг. в отделении опухолей головы и шеи находилось на лечении 87 больных с невыявленным первичным опухолевым процессом и поражением лимфатических узлов шеи. Возраст пациентов – от 43 до 65 лет, 74 мужчины и 13 женщин. Результаты цитологического исследования метастатически измененных лимфатических узлов шеи: гиперплазия лимфоидных элементов – 13, плоскоклеточный рак – 29, меланома – 7, фолликулярный эпителий – 9, метастаз аденокарциномы – 8, лимфоидные элементы – 7, нейроэндокринная опухоль – 9, бесструктурное вещество,

эпителиальные клетки с признаками дистрофии – 5. Больным был проведен следующий комплекс обследования: рентгенография грудной клетки и костей лицевого скелета, КТ, МРТ, сканирование костей скелета, ультразвуковое исследование органов шеи, брюшной полости, таза, ФБС, ФЛС, ФГС, ФЭС, ФГС, ПЭТ.

Поиск первичного очага у пациентов с метастатическим поражением лимфатических узлов шеи после общеклинического и локального обследования прекращали. Выбирали оптимальную тактику для специального лечения больного с диагнозом метастатическое поражение лимфатических узлов шеи из невыявленного первичного очага. Биопсия была выполнена больным, у которых полное удаление метастатического узла на шее было технически невозможно из-за объема поражения, но была необходимость детальной морфологической диагностики. Радикальная шейная диссекция выполнялась при одностороннем поражении лимфатических узлов шеи с подтвержденным цитологическим или морфологическим анализом. Хирургическое лечение в объеме радикальной операции на лимфатическом коллекторе шеи вы-

полнили 51 больному, эксцизионную биопсию лимфоузла шеи – 17, инцизионную биопсию опухоли шеи – 19 пациентам. На первичном этапе лечения лекарственная терапия (2 и более курсов) проведена 59 больным. Лучевое лечение назначено после морфологического подтверждения диагноза – 16 пациентам, 12 больным специальное лечение не проводилось по состоянию регионального опухолевого процесса (распад метастатического конгломерата, воспаление).

Первичный опухолевый процесс был выявлен у 21 больного в течение 3 мес, у 6 – в течение 6 мес, у 7 пациентов – в течение 12 мес. Наиболее перспективной оказалась группа больных с плоскоклеточным раком при невыявленной первичной опухоли, при условии, если на первичном этапе была возможность провести радикальное лечение на лимфатическом коллекторе шеи, а общее со-

стояние пациента позволяло перенести дальнейшее специальное лечение. Продолжительность жизни составляла более 36 мес у 75 больных (из 12 больных 9 прожили более 3 лет).

Таким образом, при постановке диагноза у больного с опухолевым заболеванием даже при наличии всего арсенала диагностической аппаратуры не исключается ситуация, что первичная опухоль не будет определена. Безусловно, необходимо с учетом гистогенеза опухоли сосредоточить диагностический процесс на поиске опухоли, но он не должен быть затянутым по времени. Наиболее правильным путем воздействия считаем специальное лечение метастатической опухоли, ориентируясь на патоморфологию опухоли. При повторении циклов специальных методов лечения 1 раз в 3 мес целесообразно проводить повторное исследование и поиск первичного очага.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

О.А. Саприна, М.А. Кропотов, А.И. Пачес, Т.Т. Кондратьева,
В.Ж. Бржезовский, Р.И. Азизян, А.М. Мудунов, Г.В. Унгиадзе, Г.О. Агабекян

ФГБУ «РОИЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

Цель исследования. Определить наиболее адекватную тактику лечения больных с метастазами в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага.

Материал и методы

В исследование включены пациенты, получившие лечение в РОИЦ РАМН за период с 1990 по 2011 г. В зависимости от тактики лечения пациенты были разделены на три группы. Во всех группах пациентам выполнялись операции на регионарных зонах в различных объемах. Первая группа включала 13 пациентов, которым было проведено только хирургическое лечение с последующим динамическим наблюдением. Во вторую группу входили 9 больных, которым после операций была проведена послеоперационная дистанционная лучевая терапия на регионарные зоны с двух сторон и область глотки, части больных проводилась послеоперационная химиолучевая терапия. В третьей

группе было 15 больных, которым в плане комплексного или комбинированного лечения до или после шейных диссекций проводилось облучение регионарной зоны на стороне поражения без превентивного облучения глотки.

Результаты

В группе хирургического лечения при динамическом наблюдении первичный очаг выявлен в 31 % случаев, рецидивы и реализация метастазов отмечены у 46 % пациентов и 23 % больных умерли в течение первых 5 лет. Во второй группе первичный очаг не был выявлен ни в одном случае в сроки от 1 года до 10 лет; у одного пациента отмечен продолженный рост метастазов на шее, и один пациент умер спустя год после проведенного лечения. В третьей группе первичный очаг диагностирован у 20 % больных, в 13,3 % случаев реализовались метастазы, и 33,3 % пациентов умерли в течение 5 лет.