

возникшие в тиреоидном остатке. При морфологическом исследовании у них обнаружили узловой зоб и узловую форму аутоиммунного тиреоидита.

**Выводы.** Рецидив РЩЖ наиболее часто выявляется в регионарных лимфоузлах, что связано с недостаточной информативностью дооперационного УЗИ и неполной ревизией во время операции зон

регионарного метастазирования. По нашим данным, рецидив в тиреоидном остатке развился лишь в 1,3 % случаев. Рецидив в ЩЖ возникал после резекции доли или органосохранной операции при многофокусной опухоли. Повторные лимфогенные метастазы наиболее часто выявлялись у больных РЩЖ

$pT_3N1_{a-b}$ .

## МОДИФИЦИРОВАННАЯ НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Н.А. Чертова, Е.Ф. Исламова

*Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, г. Ростов-на-Дону*

Для уменьшения миелодепрессии при проведении неоадъювантной химиотерапии больных местно-распространенным раком слизистой оболочки органов полости рта и ротоглотки применен новый метод аутомиелоиммунотерапии (АМИТ). Метод заключается в экстракорпоральной обработке аутологических клеток костномозговой взвеси больного в объеме 100 мл иммуномодулятором миелопидом в дозе 30 мг в течение 24 ч с последующим введением их больному во второй день проведения химиотерапии.

С 1999 по 2003 г. в отделении опухолей головы и шеи РНИОИ проведено лечение 85 больным с III – IVa,b ст. рака слизистой оболочки органов полости рта и ротоглотки, которым первым этапом комплексного лечения проведен один курс химиотерапии по схеме: 1-й день – цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup>, 2-й день – метотрексат 50 мг/м<sup>2</sup>, со 2-го по 6-й дни – 5-фторурацил 1000 мг/м<sup>2</sup>. Из них 27 больным (I группа) химиотерапия дополнялась проведением АМИТ, 58 больных получали химиотерапию без АМИТ (II группа).

сти рта и ротоглотки.

При проведении химиотерапии негематологические осложнения встречались в обеих группах с одинаковой частотой. Гематологическая токсичность в I группе составила: анемия I–II степени у 3,7 %, лейкопения I–III степени у 33,3%. Во II группе анемия I–II степени отмечена у 27,6 %, лейкопения I–III степени у 53,4 % больных, что достоверно выше, чем в I группе. При этом отмечено, что непосредственные результаты лечения выше в I группе: объективный эффект составил 77,8 % (14,8 % полных и 63 % частичных регрессий), прогрессирования заболевания не было ни в одном случае. Во II группе 53,4 % объективных ответов (5,2 % полных и 48,2 % частичных регрессий), прогрессирование заболевания отмечено у 6,9 % больных.

Таким образом, новый метод АМИТ позволяет достоверно снизить частоту гематологических осложнений. Кроме того, было обнаружено повышение противоопухолевого эффекта химиотерапии при сочетании ее с АМИТ. Это позволяет рекомендовать применение метода АМИТ при проведении неоадъювантной химиотерапии больным местно-распространенным раком слизистой оболочки органов поло-

## РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА СЛОЖНЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ

В.И. Чиссов, И.В. Решетов, С.А. Кравцов, А.К. Голубцов, О.В. Маторин,  
А.П. Поляков, М.М. Филюшин, Ф.Е. Севрюков, М.В. Ратушный

*Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена*

**Цель исследования.** В результате радикального уда-

ления местно-распространенных злокачественных опухолей челюстно-лицевой зоны образуются обширные сочетанные дефекты лицевого скелета, мягких и покровных тканей лица, требующие для их пластического закрытия применения сложных аутоотрансплантатов по тканевому составу, идентичному удаленному блоку.

**Материал и методы.** Накоплен опыт лечения 209 пациентов с обширными сочетанными дефектами челюстно-лицевой зоны, после выполнения расширенных блоковых резекций. Первичные опухоли были отмечены у 91 (43,4 %) пациента (III ст. опухолевого процесса была выявлена в 35,0 %, IV – в 60,0 % случаев), рецидивные опухоли у 96 (46 %), послеоперационные дефекты у 22 (10,6 %) больных. По поводу эпителиальных опухолей оперировано 160 (76,8 %) пациентов, из них в 96,8 % наблюдений была выявлена значительная местная распространенность процесса:  $T_3$  – 38,7 % и  $T_4$  – 58,1 %, что потребовало в 29 (14 %) наблюдениях выполнения краниофациальной резекции.

Для пластического закрытия сочетанных дефектов: орофациальных – 132 (63 %), орбитофациальных –

37 (18 %), ороорбитофациальных – 36 (17 %) и изолированных костных дефектов нижней челюсти – 4 (2 %), использовано 214 сложных аутоотрансплантатов: висцеральных – 36 желудочно-сальниковых, 30 толстокишечно-сальниковых; кожно-мышечно-костных – 4 лучевых, 7 подвздошных, 5 малоберцовых и 83 реберно-мышечных и 49 кожно-мышечных лоскутов.

**Результаты.** Одномоментная реконструкция дефектов была выполнена в 74 % наблюдений, отсроченная – в 26 %. Различные осложнения в послеоперационном периоде возникли у 53 (25 %) больных. Летальность в наших наблюдениях составила 2,8 %. Тотальный некроз лоскута вследствие тромбоза микрососудистых анастомозов отмечен у 11 (5,2 %) пациентов. Завершенность пластики составила 98,4 %. Реабилитация больных достигнута в 88,6 %. Удовлетворены косметическим результатом 93,2 %, вернулись к труду 31,8 % пациентов.

**Выводы.** Использование сложных аутоотрансплантатов позволяет решать основные вопросы пластического закрытия обширных сочетанных костно-мяг-

котканых дефектов челюстно-лицевой зоны у онкологических больных.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕЙТРОННОЙ ТЕРАПИЕЙ

Е.Л. Чойнзонов, М.Н. Авдеенко, Л.И. Мусабаева, О.В. Грибова

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

**Цель исследования.** Изучить результаты комбинированного лечения злокачественных новообразований околоушной слюнной железы с послеоперационной нейтронной терапией.

**Материал и методы.** Наблюдалось 35 больных злокачественными новообразованиями околоушной слюнной железы, которые получали комбинированное лечение с послеоперационным курсом лучевой терапии быстрыми нейтронами 6,3 МэВ на циклотроне У-120. Больным первой группы (17 человек) выполнялась операция – удаление опухоли с резекцией ствола лицевого нерва и его ветвей. Режим послеоперационной нейтронной терапии на “ложе” удаленной опухоли: РОД 1,4–2,0 Гр, ОБЭ 2,99–2,79, 2 фракции в неделю, СОД составила 8–11 Гр (40–45 Гр по изодозе). Вторая группа включала 18 больных злокачественными новообразованиями околоушной

слюнной железы, которым на первом этапе выполнялась органосохраняющая операция – удаление опухоли с выделением основного ствола лицевого нерва и тщательной препаровкой его ветвей, что сохраняло больным функцию мимической мускулатуры лица. Всем больным назначался послеоперационный курс нейтронной терапии, который состоял из 3 фракций быстрых нейтронов: РОД 2,0–2,4 Гр, ОБЭ 2,6–2,8, СОД 6–8 Гр (30–40 Гр по изодозе).

**Результаты.** Пятилетняя общая выживаемость в обеих группах составила  $52,6 \pm 12,3$  %, безрецидивная –  $48 \pm 12,0$  %. Десятилетняя общая и безрецидивная выживаемость –  $37,5 \pm 12,0$  и  $34,3 \pm 11,9$  % соответственно.

**Выводы.** Комбинированное лечение больных злокачественными новообразованиями околоушной слюнной железы с применением быстрых нейтронов 6,3 МэВ позволяет добиться удовлетворительных отдаленных результатов при сохранении лучшего качества жизни во второй группе.