

разцах опухолевой ткани у 5 % обследованных лиц; 10 % больных инфицированы HPV33 и 15 % – HPV6. Проведенные исследования показали, что патологически измененные эпителиальные клетки гортани больных предраковыми заболеваниями и нормальные клетки больных злокачественными опухолями инфицированы папилломавирусами только 6-го и 11-го типов, в отличие от опухолевых клеток, спектр инфицированности кото-

логии.

рых значительно шире.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить, что определяемые в опухолевой ткани вирусы папилломы 16, 18 и 33-го типов играют определенную роль в процессе малигнизации эпителиальных клеток гортани и, таким образом, могут служить одним из критериев при формировании групп повышенного риска по изученной пато-

РИСК-АДАПТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ РЕТИНОБЛАСТОМЫ (РБ) У ДЕТЕЙ

Т.Л. Ушакова, О.В. Максимова, И.С. Долгополов, В.Г. Поляков

НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Необходимость данного исследования заключается в предложении терапии, адаптированной соответственно группе риска у больных с местно-распространенной локализованной, метастатической и рецидивной РБ. С 01.2002 по 08.2005 наблюдались 33 ребенка с РБ в возрасте от 5 до 115 мес. Односторонняя РБ (ОРБ) выявлена у 25 (76 %) и двусторонняя РБ (ДРБ) – у 8 (24 %).

Программа лечения соответственно группе риска включала операцию, лучевую терапию (ЛТ), интенсивную полихимиотерапию (ИХТ), высокодозную полихимиотерапию (ВПХТ) с пересадкой периферических стволовых клеток и локальную терапию. Группа высокого риска (НР) – 8 детей, из них с ОРБ – 7. Группа среднего риска (МР) – 18 детей, из них с ДРБ –

7. Группа стандартного риска (LR) – 7 детей, все с ОРБ. Двое выбыли из протокола (отказ от лечения).

Безрецидивная выживаемость (БРВ) ОРБ для групп LR, MR, HR составила соответственно 100 % со сроком наблюдения 14–40 мес, 75 % с медианой наблюдения 35 мес и 66,7 % с медианой наблюдения 35 мес. Общая выживаемость (ОВ) – 100 % со сроком наблюдения 14–40 мес, 75 % с медианой наблюдения 35 мес и 55,6 % с медианой наблюдения 32 мес. БРВ и ОВ у детей с ДРБ составили 100 % со сроком наблюдения 2–48 мес. Все детям с ОРБ выполнены операции. Детям с ДРБ в одном случае удалось сохранить оба глаза, в пяти – один и в одном случае выполнена двусторонняя энуклеация.

Предварительные результаты лечения не компрометируют данные зарубежных авторов по выживаемости в группах РБ LR и HR. Исключение ЛТ в груп-

пах РБ LR и MR (кроме случаев с ретроламинарным распространением опухоли) не ухудшает БРВ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ РАННЕЕ ПРОВЕДЕННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

С.П. Федотенко, М.А. Кропотов, О.А. Жарков, С.И. Ткачев

Российский онкологический центр им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Цель. Проведена сравнительная оценка частоты и тяжести местных послеоперационных осложнений с учетом объема операции и особенностей предшествующей лучевой терапии по радикальной программе у

больных раком слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Материал и методы. В исследование включены 142 больных с рецидивом или продолженным ростом рака СОПР, оперированных за период с 1980 по 2005 г. в сроки от 1 до 60 мес после облучения в СОД

более 50 Гр. Преимущественной локализацией опухоли были язык – 47,9 % и дно полости рта – 34,5 %. У 111 (78,2 %) пациентов операции были комбинированными, в том числе с резекцией нижней челюсти у 100 больных. В 103 случаях одновременно выполнена радикальная шейная диссекция. Одномоментное замещение дефекта выполнено 96 больным в основном кожно-мышечными лоскутами (76 больных). У 5 больных для замещения дефекта нижней челюсти использовались свободные ревааскуляризованные кожно-мышечно-костные аутотрансплантаты. Для оценки частоты осложнений выделены три группы больных: I – ДГТ в СОД 50–60 Гр (31), II – ДГТ в СОД более 60 Гр (55) и III группа – сочетанная лучевая терапия в СОД более 60 Гр (56).

Результаты. Местные осложнения развились

у 62 % больных. Наиболее часто осложнения отмечены у больных II группы – в 70,9 % случаев по сравнению с больными I и III групп – в 51,6 и 58,9 % соответственно. Наиболее тяжелые осложнения также преобладали во II группе – у 28,2 % больных, а в I и III группах они были в 6,2 и 15,2 % случаев соответственно. При комбинированных операциях осложнения отмечены у 72 %, а при стандартных – только у 19,3 % больных. В целом 3-летняя выживаемость составила 52,1 %, 5-летняя – 40,9 % при медиане выживаемости 40,5 мес.

Выводы. Хирургические вмешательства являются методом выбора при рецидиве или продолженном росте рака слизистой полости рта после облучения. Основным фактором, влияющим на частоту местных послеоперационных осложнений, являются доза наружного облучения более 60 Гр и объем хирургичес-

кого вмешательства.

СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Н.Ю. Фомина, И.Г. Фролова, Е.Л. Чойнзонов, С.А. Величко

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Одним из основных параметров, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса. Состояние лимфатических узлов шеи, по мнению ряда авторов, является наиболее важным прогностическим фактором у больных злокачественными опухолями органов головы и шеи.

Цель исследования. Повышение эффективности дифференциальной диагностики характера поражения лимфатического аппарата у больных злокачественными опухолями органов головы и шеи.

В группу исследования включены 40 больных раком гортани, гортаноглотки, рото- и носоглотки, раком слизистой дна полости рта, корня языка и раком щитовидной железы, у которых при сонографии выявлены увеличенные регионарные лимфатические узлы шеи. Средний возраст составил 42,7 года. Обследование пациентов проводилось на ультразвуковых аппаратах Logiq 400CL (GE, США) и Aloka SSD 5500 (Aloka com.) с использованием линейных датчиков частотой 10 и 11 МГц. При выявлении лимфатических узлов определялась их локализация, оценивались

размеры, форма, эхогенность, структура, контуры, а также степень васкуляризации и тип кровотока. В 31 случае (77,5 %) определялись югулярные лимфатические узлы, расположенные вдоль внутренней яремной вены с одной или двух сторон. В 9 наблюдениях (22,5 %) визуализировались как внутренние яремные, так и латеральные глубокие шейные лимфатические узлы. Гиперплазированные лимфоузлы в 71,4 % имели вытянутую овальную форму, их размеры не превышали 10–15 мм по длиннику. Периферическая зона узла определялась в виде неодинаковой ширины полосы пониженной эхогенности, центральная часть – участком однородной или неоднородной структуры повышенной эхогенности. Контуры их были ровные и четкие во всех случаях. Метастатические лимфоузлы визуализировались как одиночные или множественные образования округлой или неправильной формы в 54 и 35 % соответственно, пониженной эхогенности, с неодинаковым по силе эффектом дорсального усиления. Структура лимфоузлов была неоднородной в 78 % наблюдений за счет различной величины включений повышенной эхогенности (мелкодисперсные, линейные, пластинчатые и др.). При распаде определялись анэхо-