

слеоперационной раны, не вызывал лучевых повреждений кожи, подкожной клетчатки. При анализе 8-летних результатов лечения 97 больных МРРМЖ установлено, что проведение нейтронной терапии способствует снижению частоты местных рецидивов о 2% и увеличению показателей безрецидивной выживаемости до  $96,0 \pm 3,0\%$ , у больных в группах сравнения и контрольной –  $74,4 \pm 10,7\%$  и  $69,8 \pm 8,9\%$  соответственно. При анализе результатов лечения 47 больных с местным рецидивом РМЖ полную регрессию после нейтронной и смешанной терапии наблюдали в 100–93%, в контрольной группе – в 61% случаев. Показатели 5-летней безрецидивной выживаемости после НТ составили –  $91,7 \pm 6,2\%$ , в контроле –  $51,5 \pm 9,1\%$  ( $p < 0,05$ ). Показатели общей выживаемости у больных раком слюнных желез при комбинированном лечении и нейтронной терапии составили: 3-летняя –  $70,4 \pm 7,8\%$ , 5-летняя –  $64,5 \pm 9,1\%$ ,

10-летняя –  $32,2 \pm 16,8\%$ . В контрольной группе –  $51,1 \pm 12,8\%$  и  $25,6 \pm 19,1\%$  соответственно. Показатели безрецидивной выживаемости после нейтронной терапии: 3-летняя –  $80,4 \pm 6,8\%$ , 5-летняя –  $72,4 \pm 9,8\%$ , в контроле – 3- и 5-летняя безрецидивная выживаемость –  $42,4 \pm 18,6\%$  ( $p < 0,05$ ). После радикального курса нейтронно-фотонной терапии 3- и 5-летняя общая выживаемость равнялась  $60,6 \pm 13,6\%$  и  $48,5 \pm 15,3\%$ , в контрольной группе – 30% и 0% соответственно. У больных раком щитовидной железы с неблагоприятными факторами прогноза при использовании быстрых нейтронов получены обнадеживающие результаты, что позволяет продолжить научное исследование.

**Выводы.** Применение быстрых нейтронов в комбинированном лечении и при смешанной нейтронно-фотонной терапии привело к улучшению результатов лечения резистентных форм злокачественных новообразований.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОАДАПТИРОВАННЫХ ИМПЛАНТАТОВ НА ОСНОВЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ (10-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КООПЕРИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

М.Р. МУХАМЕДОВ<sup>1</sup>, Е.Л. ЧОЙНЗОНОВ<sup>1</sup>, В.Э. ГЮНТЕР<sup>2</sup>, О.В. ЧЕРЕМИСИНА<sup>1</sup>,  
В.Ю. ПАВЛОВ<sup>1</sup>, В.Д. ЛУКЬЯНОВ<sup>3</sup>, С.А. ШИНКАРЕВ<sup>4</sup>, А.А. КОРЕНЕВ<sup>4</sup>,  
Н.В. ВАСИЛЬЕВ<sup>1</sup>, В.А. ЦВЕТАЕВ<sup>5</sup>, Д.Е. КУЛЬБАКИН<sup>1</sup>

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск<sup>1</sup>*

*НИИ медицинских имплантатов и материалов с памятью формы, г. Томск<sup>2</sup>*

*ГУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер»<sup>3</sup>*

*ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»<sup>4</sup>*

*ГУЗ «Омский областной онкологический диспансер»<sup>5</sup>*

На сегодняшний день соотношение ларингоэктоми к органосохраняющим операциям в России составляет 15–18 к 2–3. Функциональная хирургия рака гортани подчинена решению двух основных задач: радикальному удалению злокачественного новообразования и максимальному сохранению функций органа. Это повышает качество жизни пациентов, что отвечает требованиям современной онкологии. Сегодня в различных областях медицины, в т.ч. в онкологии, находят широкое применение имплантаты

на основе никелида титана, которые являются биологически адаптированными материалами нового поколения.

**Цель исследования** – разработка органосохраняющих хирургических вмешательств у больных распространенным раком гортани с применением биоадаптированных материалов из никелида титана.

**Материал и методы.** В исследование включено 120 больных раком гортани  $T_{2-3}N_{0-1}M_0$ , которым с 1998 по 2008 г. проведено комбинирован-

ное лечение с использованием на хирургическом этапе имплантатов из NiTi. Из них – 118 (98,3%) мужчин, 2 (1,7%) женщины. Возраст больных – 32–70 лет, большинство (78%) находилось в возрастном интервале 40–60 лет. Органосохраняющая операция с эндопротезированием гортани включала удаление опухоли гортани вместе с фрагментом щитовидного хряща с замещением образовавшегося дефекта хряща имплантатом из NiTi и ушиванием операционной раны наглухо. В основном выполнялись резекции стандартного объема, комбинированные и резекции. Шейная лимфодиссекция выполнена у 8 (6,6 %) пациентов.

**Результаты.** Голосовая функция была сохранена у 112 (93,3%) и частично – у 8 больных (6,7%). Дыхательная функция восстановлена полностью в 106 (88,3%) случаях, 14 (11,7%) больных в связи с рубцовыми изменениями остались канюленосителями. Защитная функция гортани сохранена у 116 (96,6%) больных, у 4 (3,4 %) – отмечалось временное частичное нарушение защитной функции гортани. В 16 (13,3%) случаях отмечались послеоперационные осложнения в области протезирования (перихондрит

хрящей гортани, отек слизистой), в основном купированные консервативно, в 1 случае в связи с некупируемым перихондритом была выполнена ларингэктомия. В течение первого года с момента выполнения хирургического лечения в 14 (11,7 %) случаях было выполнено удаление гортани в связи с продолженным ростом опухоли, 3 (2,5%) больных умерли от прогрессирования заболевания.

**Выводы.** Несмотря на наличие определенного числа больных- канюленосителей, случаев рецидивов опухоли, полученные результаты функциональной реабилитации больных после хирургического лечения с протезированием NiTi позволяют высказаться в пользу подобных операций. Наличие в арсенале хирурга биоадаптированного материала такого класса значительно расширяет возможности органосохраняющего лечения, позволяя производить реконструкцию значительных по объему фрагментов гортани. Соблюдение принципов абластики, использование новых хирургических технологий позволяют надеяться на снижение числа осложнений и улучшение результатов реабилитации больных раком гортани.

## НЕКОТОРЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН НА ЭТАПАХ ЕЕ ОКАЗАНИЯ

**С.Н. НАВРУЗОВ, А.А. АБДУФАТТАЕВ, Д.А. КАСЫМОВ, Е.К. ЮЛДАШЕВ,  
Д.А. АЛИЕВА, Д.Т. ХАНМУРЗИНА**

*Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз  
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, г. Ташкент*

Задача повышения структурной эффективности отрасли предполагает усиление требований к ресурсному обеспечению здравоохранения. Лечебно-профилактическое учреждение современного типа должно обладать необходимыми ресурсами, в том числе инновационными, научными и современными информационными технологиями. Центральное место в медико-информационных структурах отводится базам данных о населении соответствующих территорий, к наиболее ценным из них относятся базы персонифицированных медицинских данных о

больных с социальнозначимыми болезнями, т.е. регистрами В.Ф. Мартыненко и др. (2008).

В Республиканском онкологическом научном центре (РОНЦ) совместно со специалистами Ташкентской медицинской академии, на основе коллективного договора о научном и творческом сотрудничестве учреждений, с января 2009 года реализуется двухлетний грант, основной целью которого является совершенствование квалифицированной и специализированной медицинской помощи в онкодиспансерах и РОНЦ путем создания информационной инфраструктуры