

выявлялось снижение базального уровня СТГ в ранние сроки после операции (группа С).

Выводы. Больным, у которых не произошло требуемого снижения базального уровня СТГ, но произошла его нормализация, в раннем послеоперационном периоде рекомендуется наблюдение для сво-

временного назначения терапии второй линии. Больным с повышенным базальным уровнем гормона роста через 5–7 дней после операции (группа С) показано раннее назначение медикаментозной терапии с последующим решением вопроса о тактике лечения через 6 мес.

АДРОНЫ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

И.А. Гулидов, Ю.С. Мардынский

МРНЦ РАМН, г. Обнинск

Адроны позволяют эффективно воздействовать на многие новообразования головы и шеи, резистентные к традиционным видам излучения. С практической точки зрения наибольший интерес представляют протоны и нейтроны. Протоны, благодаря наличию пика Брэгга, обладают отличными возможностями для оптимизации пространственного распределения дозы, что особенно важно при близости опухолей к критическим с точки зрения радиочувствительности структурам. Нейтроны по сравнению с редкоионизирующими излучениями обладают многочисленными радиобиологическими преимуществами, что позволяет им эффективно воздействовать на медленно растущие, гипоксические, рецидивные опухоли головы и шеи.

МРНЦ РАМН обладает большим опытом (более 200 наблюдений) использования как нейтронов, так и протонов для лечения больных различными опухолями головы и шеи. Накопленный опыт позволяет считать оптимальным сочетание нейтронов и фотонов с вкладом нейтронов в дозу с учетом относительной биологической эффективности 20–40 %, которое дает

возможность добиваться высокой эффективности лечения при его удовлетворительной переносимости нормальными тканями. Протонная терапия показана при близости новообразований головы и шеи к спинному мозгу, основанию черепа, орбите. Минимизация лучевой нагрузки на окружающие опухоль нормальные ткани позволяет рекомендовать также протоны для облучения рецидивных новообразований, когда толерантность окружающих опухоль тканей снижена предшествующими лучевыми и оперативными воздействиями.

Анализ собственных результатов лечения больных рецидивными опухолями головы и шеи показал, что полная регрессия опухоли зарегистрирована у 67 % пациентов после протонной терапии и у 60 % больных после фотонно-нейтронной терапии, а общая выживаемость через год после лечения составила соответственно 67 и 83 %. В контрольной группе (фотонная терапия) полной регрессии опухоли не удалось добиться ни у одного больного, а через год после лечения были живы лишь 36 % пациентов.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Д.А. Гуляев, В.Е. Олюшин, С.Я. Чеботарев, Н.В. Колакуцкий, Н.Н. Науменко

*Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Научно-исследовательский институт уха горла носа и речи, г. Санкт-Петербург*

Несмотря на развитие современных средств нейровизуализации частота гигантских опухолей различной гистологической структуры, распространяющихся на смежные области основания черепа, имеет не-

уклонную тенденцию к росту. Поэтому разработка современных схем комбинированного и, в первую очередь, хирургического лечения в настоящее время весьма актуальна.

Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 27 больных с различными опухолями основания черепа с интра-экстракраниальным ростом гигантских размеров, находившихся на лечении в нейроонкологическом отделении РНХИ, клинике хирургической стоматологии СПбГМУ и ЛОР НИИ с 2000 по 2005 г. Было 15 женщин и 12 мужчин в возрасте от 16 до 67 лет. Гистологически верифицированы: менингиомы – 7, аденомы гипофиза – 2, базально-клеточный рак – 3, хондросаркома – 2, ювенильная ангиофиброма – 1, гигантская парагангиома – 2, цилиндроклеточный рак – 3, низкодифференцированный плоскоклеточный рак – 2, хордома – 1, гемангиоперцитомы – 2, невринома ветви тройничного нерва – 1, дермоид – 1. Все больные оперированы. Проведены 13 блок-резекций опухоли с использованием пластики местными надкостничными лоскутами на супраорбитальных или темпоральных сосудистых пучках, комбинированной многослойной пластики с использовани-

ем надкостничных и апоневротических лоскутов, перемещенной височной мышцы, полнослойных кожно-мышечных лоскутов на сосудистой ножке с применением микроанастомозов. Трансфациальные доступы к опухолям скала проведены 3 больным. Остальные больные оперированы из расширенных краниобазальных или комбинированных доступов. 3 больным проведена суперселективная эмболизация питающих опухоль сосудов из системы НСА. В послеоперационном периоде 18 больным (69 %) была проведена лучевая, 10 – ПХТ. Опухоли тотально удалены у 20 больных (76,4 %). Послеоперационная летальность составила 3,7 %. В отдаленные сроки умерло 4 больных.

Таким образом, залогом успешного результата лечения редкой и крайне тяжелой категории больных является использование междисциплинарного “командного” подхода, дифференцированной тактики ведения больных в условиях высокого профессионального уровня специалистов.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ С ЛИМФОИДНОЙ СТРОМОЙ

О.Н. Гуськова, А.А. Доманин

Тверская медицинская академия

К недифференцированному раку относят новообразования, состоящие из округлых или веретеновидных клеток, которые нельзя отнести ни к какой другой группе рака. В слюнных железах частота недифференцированных форм составляет 4 % эпителиальных опухолей (Краевский Н.А., 1993). Из всех вариантов рака без признаков дифференцировки клеток, не способных к образованию тканевых структур, особую группу составляют формы, обладающие обильной лимфоидной инфильтрацией стромы. Их расценивают как разновидность плоскоклеточных опухолей либо как злокачественный аналог доброкачественного лимфоэпителиального поражения.

Мы располагаем пятью наблюдениями недифференцированного рака слюнных желез с лимфоидной стромой. Гистотопографические срезы окрашивали с помощью обзорных и иммуногистохимических методов. Возраст больных 43–76 лет. Женщины составили 60,0 %. В трех случаях опухоли имели вид очерченного узла, в двух – диффузного образования. Отмечены медленные темпы роста и длительный период существования blastom от появления первых симптомов до лечения.

Первоначально устанавливался ошибочный диагноз доброкачественного новообразования или воспалительного процесса, порождая неверную лечебную тактику.

Микроскопически выделено два типа клеток: округлые светлые со скудной цитоплазмой и крупные удлиненные, складывающиеся в пучки или концентрические структуры. Веретеновидные клетки четко отделены от стромы. Сфероидальные элементы располагались диффузно или в виде пластов среди лимфоцитов. Круглые клетки экспрессировали цитокератин 8. Веретеновидные проявляли смешанный фенотип: либо экспрессировали цитокератин 8, миозин ГМК и виментин, либо цитокератин 8 и миозин ГМК при отсутствии виментина. В двух наблюдениях клетки имели фенотип миоэпителия.

Исследуемая опухоль трудно отличима от доброкачественных аутоиммунных лимфоэпителиальных поражений, рака Шминке, лимфогранулематоза и лимфосаркомы. Объем материала не позволяет делать гистогенетические выводы. Сложности верификации свидетельствуют о необходимости проведения новых исследований.