

РАБДОМИОСАРКОМА ПАРАМЕНИНГЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

А.В. Корнеева, В.Г. Поляков, И.В. Глеков, Т.Л. Ушакова

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

Рабдомиосаркома – одна из самых злокачественных опухолей мягких тканей у детей. В 40 % случаев она локализуется в области головы и шеи, и из них 16 % составляет параменингеальная локализация. Работа посвящена современным проблемам диагностики и оценке токсичности лечения данной локализации рабдомиосарком.

Материал и методы. В период с 1992 по 2004 г. нами изучено 52 случая данной локализации. Мальчиков было 31, девочек – 21 (соотношение между полами составило 1,4 : 1). 46 % детей было в возрасте 4–7 лет. В алгоритм обследования входили пункционная или открытая биопсия образования, компьютерное исследование, радиоизотопное исследование. Среди гистологических вариантов рабдомиосаркомы в 28 (53,8 %) случаях наблюдался эмбриональный, в 9 (17,4 %) – альвеолярный, 2 (3,8 %) – плеоморфный и у 13 (25 %) пациентов – неклассифицируемый вариант. У большинства пациентов при поступлении уже имелся распространенный опухолевый процесс и, как правило, отказ в лечении по месту жительства. Так, опухоль более 5 см (T_{2b} по TNM-классификации) отмечена в 94,3 % случаев, а регионарные и отдаленные метастазы – у 36 и 9,7 % больных соответственно. Чаще всего поражались подчелюстные лимфатические узлы, а среди отдаленных чаще встречалось поражение легких. Сроки между появлением первых признаков заболевания и началом специфического лечения колебались от одного до четырех месяцев, что связано с большими трудностями диагностики рабдомиосарком данной локализации, а также с отсутствием

онкологической настороженности у врачей первого звена.

Результаты. Основным методом лечения параменингеальных рабдомиосарком является химиолучевая терапия. Лекарственное лечение проводилось по схеме ПВЦК (винкристин 1,5 мг/м², в 1-й и 8-й день, циклофосфан 500 мг/м², в 1-й и 8-й день, карбоплатин 360 мг/м², в 1-й день, доксорубин 20 мг/м², во 2-й и 4-й дни). Перед облучением первичной опухоли выполнялось 4 курса полихимиотерапии (ПХТ). Лучевая терапия проводилась в суммарной очаговой дозе 40–55 Гр при разовой очаговой дозе 2–2,4 Гр. По окончании локального воздействия выполнялось еще 4 курса ПХТ по прежней схеме. Двое (3,8 %) больных умерло от диффузного кровотечения во время проведения первого курса ПХТ. Токсичность лекарственного и лучевого лечения оказалась следующей: у 31 % больных отмечалась панцитопения IV степени выраженности, стоматит III–IV степени наблюдался в 43 % случаев. В процессе химиолучевого лечения прогрессирование основного заболевания отмечено у восьми пациентов. 10 больным проведено оперативное вмешательство с целью удаления остаточной опухоли. 3-летняя безрецидивная выживаемость составила 35 %, 5-летняя – 15 %.

Выводы. Несмотря на имеющиеся сложности в диагностике и лечении рабдомиосарком параменингеальной локализации у детей, предложен оптимальный алгоритм обследования и лечения данного заболевания с возможностью выполнения хирургических вмешательств у части больных.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ КОМПЛЕКСОВ ТКАНЕЙ ПРИ ВТОРИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Н. Г. Коротких, М.А. Ходорковский, Б.В. Петров

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Хирургическое лечение злокачественных новообразований головы и шеи должно обеспечиваться широким иссечением опухоли с первичной пластикой

образовавшегося дефекта. Использование для пластического замещения таких дефектов традиционных методов пластической хирургии не всегда эффективно.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 38 пациентов с дефектами головы и шеи: 27 больных с дефектами наружных покровов (волосистая часть головы – 11, лобная область – 9, нижняя губа – 7) в результате радикального удаления опухоли и неудачного первичного пластического замещения традиционными способами (свободная аутодермопластика – 20, местно-пластические методы – 7); 11 пациентов с фарингостомами после комбинированного лечения рака гортани (у 8 больных фарингостомы образовались в результате несостоятельности швов после ушивания глотки, в 3 случаях формировались плановые фарингостомы) и неудачной первичной пластики (местными тканями – 7, дельтопекторальным лоскутом – 4). Замещение дефектов производилось микрохирургической аутоотрансплантацией васкуляризированных комплексов тканей. Вы-

бор донорской зоны и конкретного вида аутоотрансплантата определялся анатомическим характером дефекта. Для замещения дефектов лобной области и волосистой части головы использовались: лучевой лоскут предплечья, лопаточный лоскут и лоскут передней зубчатой мышцы. Тотальные дефекты нижней губы и фарингостомы замещались дублированным вариантом кожно-фасциального лоскута предплечья.

Результаты. Полное приживание пересаженных тканей получено во всех наблюдениях. Все пациенты были удовлетворены полученными функциональными и эстетическими результатами.

Выводы. Таким образом, оптимальным способом вторичного замещения дефектов головы и шеи, образующихся в результате неудачной первичной пластики традиционными методами, является микрохирургическая аутоотрансплантация.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА РОТОГЛОТКИ

Л.И. Корытова, В.П. Сокурено, В.В. Лазо

Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт, г. Санкт-Петербург

Основной стратегической линией лечения больных местно-распространенным раком ротоглотки является комбинированное химиолучевое лечение.

Цель исследования. Оценить эффективность последовательного химиолучевого лечения больных местно-распространенным раком ротоглотки.

Материал и методы. Лечение проведено 17 больным с верифицированным раком ротоглотки. Рак небных миндалин – у 12 больных, рак корня языка – у 5. По результатам морфологического исследования установлен плоскоклеточный рак умеренной и низкой степени дифференцировки в 14 случаях, высокодифференцированный рак – у 2 больных, аденоклеточный рак – у 1-й. Степень дифференцировки опухоли оценивалась по классификации Бродера [G]. В 100 % случаев выявлены клинически и подтверждены лучевыми методами исследования метастазы в регионарные лимфатические узлы, двустороннее поражение лимфоузлов – в 20 % случаев.

Дизайн исследования. После проведения 2–3 курсов химиотерапии (параплатин 300 мг/м² однократно

в/в и 96-часовая инфузия 5-фторурацила 1000 мг/м²), выполнялся второй этап лечения – радикальная лучевая терапия на аппарате SL-75-5 МэВ на первичный очаг и зоны регионарного метастазирования в статическом и подвижном режимах. III этап – химиотерапия, количество курсов определялось степенью регрессии и гистологической структурой опухоли.

Результаты. Непосредственный противоопухолевый эффект отмечен у 16 пациентов, прогрессирование на фоне лечения – у 1 больной. Удельный вес полных регрессий составил 80 %. Рецидив на первом году наблюдения возник у 2 пациентов, на втором году – у 3-х, общая трехлетняя выживаемость составила 83 %, безрецидивная – 59 %. Ни у одного больного не выявлено отдаленных метастазов.

Выводы. Местные и регионарные рецидивы в течение первых двух лет наблюдения остаются основной проблемой пациентов с плоскоклеточным раком ротоглотки. Консолидирующие курсы химиотерапии являются целесообразной и обоснованной тактикой при опухолях низкой дифференцировки (G3–G4).