

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: менигиомы – 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.