

## ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫХ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗАХ РАКА ГОРТАНИ

В.А. Рожнов, В.Г. Андреев, В.А. Панкратов, В.В. Барышев, М.Е. Буюкова, Н.И. Подлесных

ГУ „Медицинский радиологический научный центр РАМН”, г. Обнинск

жительной стороной метода является также отсутствие его влияния на развитие местных рецидивов опухоли, что делает возможным его более широкое применение в онкопластической хирургии. Универсальный механизм действия экзогенного оксида азота как активного физиологического регулятора и стимулятора заживления открывает перспективы его широкого применения в различных областях хирургии.

**Цель исследования.** Оптимизация метода паллиативного лечения неоперабельных рецидивных метастазов рака гортани за счет использования повторных курсов лучевой терапии.

**Материал и методы.** В исследование включено 122 пациента с морфологически верифицированными рецидивными неоперабельными регионарными метастазами рака гортани без признака рецидива первичной опухоли. Предшествующее лечение включало в себя лучевую терапию СОД не менее 40 Гр. У 36 больных размеры метастаза варьировали от 2 до 6 см ( $rN_2$ ), а у 86 диаметр метастаза был более 6 см ( $rN_3$ ). Проводилось три вида паллиативного ле-

чения: самостоятельная лучевая терапия, химиолучевое лечение, лучевая терапия с интратуморальной химиотерапией. Паллиативная лучевая терапия проводилась традиционным методом (РОД 2 Гр) и колебалась от 30 до 60 Гр. Общая доза при проведении лучевой терапии, с учетом предшествующего лечения, колебалась от 80 до 120 Гр. Химиотерапия начиналась в день первой фракции лучевой терапии. Для интратуморальной химиотерапии использовался раствор цисплатина, которым инфильтрировалась опухоль в день первой фракции облучения в дозе не более 50 мг с кратностью введения не менее 7 раз в течение 2 нед.

**Результаты.** Наиболее эффективным методом паллиативного лечения оказалась лучевая терапия с интратуморальной химиотерапией. Так, при распространенности опухоли  $rN_2$  длительность стабилизации составила  $30 \pm 5,5$  мес, а средняя продолжительность жизни –  $32,7 \pm 5,3$  мес. При распространенности опухоли  $rN_3$  длительность стабилизации была  $5,8 \pm 1,6$  и средняя продолжительность жизни  $7,7 \pm 1,6$  мес соответственно. Осложнения, вызванные лечением, были

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ “СТОРОЖЕВОГО” УЗЛА ПРИ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА

И.С. Романов, А.А. Оджарова, Е.Г. Матякин, С.В. Ширяев,  
Д.Л. Ротин, М.И. Нечушкин, И.Н. Логинова

ГУ “Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН”, г. Москва

допустимы для этой категории больных.

**Выводы.** Наиболее целесообразным при паллиативном лечении неоперабельных метастазов рака гортани следует считать лучевую терапию с интратуморальной химиотерапией.

*Исследование выполнено с использованием гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых МК-1564.2005.7.*

**Цель исследования.** Оценка возможности опре-

деления локализации и состояния “сторожевого” лимфатического узла при плоскоклеточном раке полости рта и клинически отсутствующих регионарных метастазах на шее.

**Материал и методы.** Мы исследовали 15 пациентов с плоскоклеточным раком полости рта. У всех пациентов отсутствовали клинические признаки наличия регионарных метастазов на шее как при пальпации, так и по данным ультразвуковой томографии. Эти пациенты наблюдались в РОНЦ РАМН в 2004–

2005 г. Всем пациентам была произведена лимфосцинти-графия шейных лимфатических узлов с применением препарата, меченного  $^{99m}\text{Tc}$ , с целью локализовать “сторожевой” лимфатический узел за сутки до операции. Во время операции положение “сторожевого” узла определялось гамма-зондом, после этого он удалялся отдельно. Обычно радиоактивность “сторожевого” узла вчетверо превышала радиоактивность окружающих узлов тканей. Далее

производилась операция на первичном очаге и фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи. Удаленные ткани, в том числе и “сторожевые” узлы, исследовались гистологически в плановом порядке.

**Результаты.** “Сторожевые” узлы удалось выявить у 14 пациентов (93 %) из 15. Общее количество “сторожевых” лимфатических узлов было 28. У 3 пациентов выявлены метастазы в “сторожевых” узлах. У 2 из этих пациентов выявлены метастазы в дополнительно удаленной клетчатке. Ложноотрицательных резуль-

## ИЗМЕНЕНИЯ ТАКТИКИ И ТЕХНИКИ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РЩЖ) В ТЕЧЕНИЕ 30 ЛЕТ

А.Ф. Романчишен, Ф.А. Романчишен, И.В. Карпатский

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом онкологии, ВПХ, травматологии СПбГПМА, г. Санкт-Петербург*  
татов не было получено.

**Выводы.** Начальные результаты исследования, которое мы проводим, дают основания утверждать, что данная методика является достаточно информативной в определении локализации “сторожевого” лимфатического узла и применима для дальнейшей работы в этой области.

**Материал и методы.** В связи с приближающимся 100-летием операции Крайла представлена эволюция понимания показаний к применению и техники выполнения 1232 лимфаденэктомий у 2279 больных РЩЖ на протяжении 30 лет.

**Результаты.** Отмечены постепенный рост относительного числа больных папиллярным РЩЖ (с 49,5 до 61,3 %) и уменьшение количества пациентов фолликулярной опухолью при стабильном проценте оперированных по поводу медуллярной (5,0 %) и анапластической (9,6 %) карцином. Разработан и с 1989 г. регулярно применяется алгоритм хирургической тактики лечения больных РЩЖ, предполагающий, помимо ти-

реоидэктомии или резекции ЩЖ с непрямым удалением доли, несущей карциному, выполнять центральную лимфаденэктомию и ревизию шейных лимфоузлов 3–4-й групп. При обнаружении метастазов операция завершается боковой шейной лимфаденэктомией. Если макроскопических изменений в лимфатических коллекторах не выявлено, выполняется их биопсия. В случае обнаружения микрометастазов при плановом гистологическом исследовании больному предлагается боковая шейная диссекция. Ее обоснованность доказана выявлением метастазов еще в 60–80 % наблюдений при повторной операции. Изучение отдаленных (5–10–15-летних) результатов лечения 1102 больных показало, что метастазы в зонах отрицательной биопсии лимфоузлов 3–6-й групп имели место в дальнейшем лишь в 1,5 % наблюдений. Повторные метастазы после центральных и боковых шейных лимфаденэктомий отмечены у 4 (2,1 %) больных. Совершенствование техники хирургического лечения, использование электрофизиологического мониторинга нервов обеспечили снижение послеоперационной летальности (с 0,89 до 0 %), количества случайных односторонних (с 4,4 до 0,33 %) и двухсторонних (с 2,1 до 0 %) парезов возвратных и добавочных (с 2,7 до 0,1 %)