

и ее придаточных пазух, полости рта, носо-, рото-, гортаноглотки и гортани. Традиционно методы лечения опухолей данной локализации рассматриваются как единая проблема. Химиотерапия применялась ранее у больных раком головы и шеи в основном с паллиативной целью при неоперабельных опухолевых процессах, чаще рецидивного характера с наличием регионарных и/или отдаленных метастазов. В последние годы она все чаще используется в качестве равноправного компонента сочетанного воздействия вместе с хирургическим и лучевым методом. Применение химиотерапии перед операцией или облучением (индукционная или неоадьювантная химиотерапия) приводит к регрессии опухоли у значительной части больных. Полная клиническая регрессия отмечается у 25 % больных. Использование внутриартериальной регионарной химиотерапии в комплексном лечении позволяет существенно улучшить результаты лечения больных опухолями данных локализаций, что показано на примере анализа 3-летних результатов лечения 76 пациентов с местно-распространенными злокачественными опухолями верхнечелюстных пазух и полости носа, полости рта и гортаноглотки в ОКД № 1.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения пациентов местно-распространенными злокачественными опухолями головы и шеи за 2005 г. в отделении химиотерапии ОКД № 1. Возраст больных колебался от 24 до 79 лет. Был пролечен 61 пациент с III–IV ст. опухолевого процесса, в среднем пациенты получили 4 курса химиотерапии. Наиболее часто использовались схемы лечения: фторурацил + цисплатин, блеомицетин + этопозид + цисплатин. Нескольким больным проведены схемы химиотерапии с включением таксанов и гемзара.

Результаты. Полная регрессия опухоли отмечена у 3 больных (4,7 %), частичная регрессия опухоли, 50 % и более – у 39 больных (63,3 %), стабилизация процесса – у 15 пациентов (24,5 %), прогрессирование – у 4 пациентов (6,5 %).

Выводы. Таким образом, системная химиотерапия позволяет добиться общего лечебного эффекта (полная регрессия + частичная регрессия) у 68 % пациентов с карциномой головы и шеи III–IV ст. и может быть использована как метод индукционной терапии, улучшающий результаты хирургического и лучевого методов лечения.

ОРГАНОСОХРАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕДУЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Ж. Бржезовский, В.Л. Любаев, А.И. Пачес, С. Субраманиан

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

Цель исследования. Определить показания к органосохранным операциям при медуллярном раке щитовидной железы (МРЩЖ).

Материал и методы. Проведен анализ 5-летней выживаемости 136 радикально оперированных больных МРЩЖ в зависимости от различных видов операций на щитовидной железе.

Результаты. Пациентам с первой стадией заболевания (n=22) произведена гемитиреоидэктомия. Выхода опухоли за пределы капсулы щитовидной железы у этих больных не было. Рецидивов рака в оставшейся доле железы при дальнейшем наблюдении за больными не отмечено. Причиной смерти в течение последующих 5 лет у 3 больных (13,6 %) явилась генерализация опухолевого процесса (метастазирование рака в легкие и кости). При размерах опухоли,

соответствующих T₂, у 46 больных была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы. При гистологическом исследовании удаленного препарата в 5 случаях выявлено прорастание опухоли капсулы щитовидной железы с выходом процесса за пределы органа (у 2 больных опухоль распространялась в мягкие ткани, у 3 – в трахею). При последующем наблюдении рецидивы в проекции первичного опухолевого очага появились только в случаях выхода опухоли за пределы капсулы железы у 4 пациентов (8,7 %). В группе больных с размерами опухоли более 4 см, а также больным с синдромом MEN-2 (68 пациентов) была выполнена тиреоидэктомия. Рецидив новообразования в этой зоне диагностирован также только у больных с прорастанием капсулы органа (13,2 %). При гистологическом исследовании

68 препаратов щитовидной железы после тиреоидэктомии мультицентричный рост опухоли обнаружен во всех 24 случаях наследственного МРЦЖ (100 %) и у 2 больных из 44 (4,5 %) со спорадической формой рака. Таким образом, мультицентричный характер роста опухоли наблюдается в незначительном проценте случаев.

Выводы. Проведение органосохранных операций при ограниченных размерах первичного опухолевого очага не приводит к ухудшению отдаленных ре-

зультатов лечения. Судьба больного в большей степени зависит от наличия, локализации и распространенности метастатического поражения. Это свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к объему хирургического вмешательства. Полагаем, что показаниями к органосохранным операциям являются одновременное наличие следующих показателей: спорадические формы заболевания, размеров опухоли, соответствующих T_1 – T_2 , отсутствие прорастания капсулы щитовидной железы.

СТЕКЛОВОЛОКОННАЯ ЭПИФАРИНГОСКОПИЯ. ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ, РОТОГЛОТКИ И ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ

И.В. Бураков

Областной клинический онкологический диспансер, г. Оренбург

Задача исследования. Установить возможности выполнения стекловолоконной эпифарингоскопии при заболеваниях полости носа, околоносовых пазух, ротоглотки и зубочелюстной области.

Материал и методы. С января 2002 по декабрь 2004 г. под наблюдением находились 150 больных, направленных для диагностической эпифарингоскопии, которая проводилась с использованием фибробронхоскопа “Pentax” FB-18P диаметром 6 мм.

Результаты. Беспрепятственное проведение стекловолоконной эпифарингоскопии оказалось возможным у 78 больных (52 %). У остальных 72 больных (48 %) выявлены различные патологические процессы, препятствующие осмотру носоглотки. Среди них: резкое искривление, гребни и шипы носовой перегородки – 23 больных (31 %), полипоз носа, хронический гиперпластический ринит, хроническая аллергическая ринопатия, хоанальный полип – 9 (12 %), су-

жение полости носа опухолями носовой полости и околоносовых пазух – 6 (8 %), гипертрофия носоглоточной миндалины III степени – 11 (15 %), гипертрофия небных миндалин III степени – 12 (16 %), опухоли ротоглотки – 8 (11 %), последствия травм и заболевания зубочелюстной области – в 5 случаях (7 %).

Выводы. При наличии у больных заболеваний полости носа, околоносовых пазух, ротоглотки и зубочелюстной области, препятствующих проведению стекловолоконной эпифарингоскопии, следует предусматривать варианты выполнения этой диагностической процедуры в зависимости от конкретной патологии у отдельного пациента: проводить эндоскоп через нижний или средний носовой ход, через ретро-малярное пространство или отсутствующие зубы, раздвигая увеличенные небные миндалины, а иногда и после хирургического устранения препятствий со стороны полости носа.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩЕГО ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ ПО ПОКАЗАНИЯМ ИММУННОГО СТАТУСА

М.Е. Буякова, Е.Г. Кузьмина, В.Г. Андреев, В.А. Панкратов

ГУ МРНЦ РАМН, г. Обнинск

Цель исследования. Сопоставить действие лучевого и химиолучевого лечения рака гортани (РГ) по

показателям эффективности регрессии опухоли и состояния иммунного статуса.