

логического варианта больные распределились следующим образом: лимфоцитарная лимфома – 10, фолликулярная из смешанных клеток – 2, фолликулярная из малых клеток – 1, фолликулярная из больших клеток – 1, диффузная из малых скрученных лимфоцитов – 11, диффузная лимфома смешанно-клеточная – 3, диффузная лимфома крупноклеточная – 13, лимфобластная – 11, неклассифицируемая лимфома – 2. Количество больных с лимфомами низкой степени злокачественности составило 25 ($46,3 \pm 6,8\%$), высокой степени – 29 ($53,7 \pm 6,8\%$). Химиотерапевтическое лечение было проведено 10 больным. Химиолучевое лечение было проведено 37 больным. Только лучевая терапия применялась у 7 больных. Сроки наблюдения за больными составили от 2 до 15 лет, медиана 5,7 года.

Результаты. В результате химиотерапии полная ремиссия достигнута у 4 больных ($40 \pm 15,5\%$), частичная ремиссия – у 5 ($50 \pm 15,8\%$), отсутствие эффекта наблюдалось у 1 ($10 \pm 9,5\%$). После химиолучевого лечения у 32 больных достигнута полная ремиссия ($86,5 \pm 5,6\%$, $p < 0,08$), частичная ремиссия – у 5 ($13,5 \pm 5\%$), отсутствие эффекта не наблюдалось ни у одного из пациентов. После лучевого лечения пол-

ная ремиссия наблюдалась у 3 ($42,9 \pm 18,7\%$), частичная – у 4 ($57,1 \pm 18,7\%$), случаев без эффекта не было. Общая 5-летняя выживаемость в исследуемой группе больных составила $69,4 \pm 7,5\%$, безрецидивная 5-летняя выживаемость – $46,8 \pm 8,2\%$. При лимфомах с низкой степенью злокачественности общая 5-летняя выживаемость была $89,8 \pm 6,7\%$, с высокой степенью злокачественности – $46,9 \pm 12,1\%$ ($p < 0,004$); 5-летняя безрецидивная выживаемость – $49,8 \pm 12,4$ и $44,7 \pm 11,1\%$ соответственно. В группе больных, получавших только химиотерапию, общая 5-летняя выживаемость составила $62,2 \pm 16,8\%$, получавших химиолучевое лечение – $65,4 \pm 9,3\%$, безрецидивная 5-летняя выживаемость – $25 \pm 14,6$ и $43,3 \pm 10,7\%$ соответственно ($p < 0,1$). Частота местных рецидивов составила: после химиотерапии – $70 \pm 14,5\%$, после химиолучевого лечения – $5,4 \pm 3,8\%$ ($p < 0,008$).

Выводы. Химиолучевое лечение улучшает непосредственные результаты лечения неходжкинских лимфом миндалины по сравнению с химиотерапией или лучевой терапией. Химиолучевое лечение не влияет на общую выживаемость, но на уровне, близком к достоверному, увеличивает безрецидивную выживаемость за счет достоверного уменьшения числа местных рецидивов.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ДОППЛЕРОМЕТРИЯ ВЕТВЕЙ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ

С.О. Степанов, В.В. Ратушная

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

Микрохирургические операции у онкологических больных имеют ряд принципиальных особенностей. В подавляющем большинстве случаев больные проходят комбинированное лечение с различной последовательностью лучевого, хирургического и химиотерапевтического методов. Указанные методы, воздействуя на опухоль, также повреждают и окружающие ее структуры, вызывая рубцово-фиброзные изменения, повреждают сосуды. Поэтому нашей задачей стало проведение предоперационной ультразвуковой доплер-локации потенциальных источников реваскуляризации трансплантатов перед микрохирургической пластикой у больных со злокачественными

опухолями головы и шеи.

Материал и методы. В МНИОИ им. П.А. Герцена накоплен опыт микрохирургических операций у 250 больных с опухолями головы и шеи. Из общего числа оперированных больных можно выделить две основные группы: больные, которым проводилась предоперационная химиолучевая терапия и не проводилась. В качестве реципиентных сосудов при микрохирургической пластике дефектов головы и шеи являются ветви наружной сонной артерии (поверхностные височные, лицевые, верхнечелюстные), в качестве отдаленного источника иногда использовались внутренние грудные сосуды. Исследования проводились в режиме цветного доплеровского карти-

рования.

Результаты. Исследование показало, что у больных с предоперационным химиолучевым лечением в зависимости от подведенной дозы меняются сосудистая стенка и скорость кровотока, вследствие этого изменяются доплерометрические показатели. Наиболее приемлемыми для пластики дефектов головы и шеи являются лицевые сосуды, т.к. обычно диаметр артерии достигает 2 мм. Также пригодной для кровоснабжения трансплантата является верхняя щитовидная артерия, диаметр и показатели кровотока которой являются достаточными. Поверхностные височные ар-

терии легко обнаружить благодаря их близкому расположению к коже, однако их диаметр редко превышает 2 мм, кроме того, в 12 % случаев отсутствует вена, сопровождающая артерию, что может сделать ее непригодной в качестве источника реваскуляризации.

Выводы. Ультразвуковая доплер-локация сосудов бассейна наружной сонной артерии у больных с опухолями головы и шеи на этапе предоперационного обследования позволяет сделать предварительный выбор источника реваскуляризации аутотрансплантата, что влияет на интраоперационную тактику, продолжительность операции и течение послеоперационного периода.

КЛАССИЧЕСКАЯ ЗЕРКАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ И СТЕКЛОВОЛОКОННАЯ ЭНДОСКОПИЯ НОСОГЛОТКИ И ГОРТАНИ

С.Н. Суходолец, И.В. Бураков, А.А. Штиль

Областной клинический онкологический диспансер, г. Оренбург

Эндоскопия носоглотки и гортани с помощью носоглоточного и гортанного зеркал в течение многих десятилетий является основным методом диагностики заболеваний этих органов. К достоинствам метода относится и возможность прицельной биопсии, причем материал для гистологического исследования можно получать в достаточном объеме, что имеет важное значение для патоморфолога.

Внедрение в широкую практику стекловолоконной оптики, безусловно, явилось важным шагом в деле совершенствования диагностики патологических процессов визуальных локализаций. Однако при использовании современных эндоскопов в онкологии нередко возникают трудности получения материала, достаточного для заключения гистолога. Поэтому биопсию приходится повторять по 2–3 раза и брать ткани из нескольких участков опухоли. В итоге на практике сложилась ситу-

ация, когда инициатива в диагностике опухолей носоглотки и гортани переходит к эндоскопистам, а онколог (главным образом, отоларинголог) оказывается отнесенным на второстепенную позицию. Отрицательное значение такой тенденции заключается в том, что специалист-клиницист не обогащает свой практический опыт ежедневным осмотром больных, взятием биопсий, все более полагаясь на данные эндоскописта. Со временем это приводит к тому, что онколог будет утрачивать свою квалификацию и отдавать первенство в определении границ распространения опухоли, выполнении биопсий эндоскописту. Между тем в онкологии принципиально важно, чтобы наиболее ценные данные о диагнозе были получены лечащим врачом.

Поэтому для успеха диагностики и лечения онкологических больных нужно не противопоставление классических и современных диагностических методов, а их разумное использование в конкретном наблюдении в интересах больного.

КРИОГЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГОРТАНИ В СОЧЕТАНИИ С ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ

Н.И. Топорова, А.И. Пачес, В.Л. Любаев, Т.Д. Таболинская, И.Н. Пустынский

Хирургическое отделение опухолей головы и шеи РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Материал и методы. Изучены результаты криогенного лечения рака гортани у 224 больных, все мужчи-

ны в возрасте 17–73 лет. 66 больным раком гортани проведено комбинированное лечение: на первом этапе – лучевая терапия на область гортани в суммарной