

на первично-пораженные регионы или на экстранодальные и исходно крупные очаги. При неполном метаболическом ответе больным проводились дополнительные циклы ПХТ, затем проводился лучевой этап первичного лечения.

**Результаты.** Согласно критериям Чессона у 39 пациентов из 54 (71,2%) достигнут полный метаболический ответ, у 15 (27,8%) больных был получен частичный метаболический ответ, в связи с чем была продолжена ПХТ и увеличен объем противоопухолевого лечения, 49 (90,7%) больных вошли в клиническую ремиссию. У

1 пациентки НХЛ небольшая метаболическая активность сохраняется, хотя после лечения значительно снизилась по сравнению с первичным исследованием.

**Выводы.** Результаты позитронно-эмиссионной томографии всего тела, проводимой до лечения оказали значительное влияние на клиническое стадирование, особенно у больных неходжкинскими лимфомами. Проведение ПЭТ после этапа полихимиотерапии способствовало изменению лечебной тактики у 15 (27,8%) из 54 пациентов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСТАНЦИОННОЙ ГАММА-ТЕРАПИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКОГО В РЕЖИМЕ СРЕДНЕГО ФРАКЦИОНИРОВАНИЯ

М.А. ИЛЬИН

*ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий, г. Москва*

**Актуальность.** Проблема рака легкого остается одной из ведущих в современной онкологии в связи с его лидирующей позицией в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. В большинстве случаев, периферическая форма рака легкого выявляется случайно, чаще у пожилых людей, отягощенных сопутствующей патологией, что препятствует выполнению радикального хирургического лечения. Химиолучевой метод остается стандартом в лечении таких больных, в то же время лучевое лечение может оказаться единственно возможным методом выбора. Вторичные опухоли легкого обычно выявляются на обзорных рентгенограммах в виде периферической тени в ходе рутинных контрольных исследований при внелегочной локализации злокачественного процесса.

**Цель работы.** Оценить результаты лучевой терапии периферических опухолей легкого, локализованной, местно-распространенной и распространенной формы.

**Материал и методы.** Лучевая терапия проведена 52 пациентам (38 мужчин и 14 женщин) с морфологически установленным диагнозом периферического рака легкого, солитарного метастатического поражения легких. Все па-

циенты были либо неоперабельны в силу сопутствующих заболеваний, нерезектабельности процесса, либо категорически отказывались от хирургического этапа лечения. Пациентам проведена дистанционная гамма-терапия на аппарате РОКУС «АСПЕКТ» с РОД 3Гр, до СОД 60Гр при режиме фракционирования 5 раз в неделю. Неoadьювантная ПХТ проведена 12 пациентам (частичная ремиссия – 5, стабилизация – 7). Средняя продолжительность наблюдения от начала ЛТ составила 14,6 мес, средний возраст больных – 68,6 года. В исследуемой группе было следующее распределение периферического рака легкого по стадиям: I стадия – 15 больных (IA – 4, IIA – 11), IIB стадия – 9 больных, III стадия – 11 больных (IIIA – 5, IIIB – 6), IV стадия – 8 больных. Также в исследуемую группу было включено 9 пациентов с рецидивом рака легкого (7) после хирургического лечения, солитарным метастазом (2) в легкое. В структуре морфологических диагнозов преобладали плоскоклеточный и железистый раки. Эффективность проведенного лечения оценивалась по критериям RECIST, лучевые реакции – по шкале RTOG.

**Результаты.** 4 летняя специфичная выживаемость составила  $21,6\% \pm 8,5$ . При анализе непо-

средственных результатов ЛТ: полная ремиссия достигнута у 11 больных, частичная ремиссия – 24, стабилизация – 17. Не было ни одного случая прогрессирования во время проведения лечения. При последующем наблюдении было зафиксировано 18 случаев прогрессирования первичного периферического рака легкого: 6 случаев – продолженный рост опухоли, 1 – продолженный рост + отдаленные метастазы, 1 – продолженный рост + рецидив в регионарных лимфоузлах + отдаленные метастазы, 3 – рецидив в регионарных лимфоузлах + генерализация, 7 – только отдаленные метастазы. Необходимо подчеркнуть, что изолированных

рецидивов в регионарных лимфоузлах не было отмечено. Лучевые реакции 2-й степени и выше не развивались как во время проведения ЛТ, так и в последующем периоде наблюдения.

**Выводы.** Исследуемая методика лучевого лечения удовлетворительно переносится всеми больными, значительно сокращает сроки проведения ЛТ по сравнению со стандартным режимом фракционирования. Результаты анализа выживаемости без местного прогрессирования позволяют проводить лучевое лечение по данной программе в качестве методики выбора для лечения больных с злокачественными периферическими новообразованиями легких.

## ОДНОЭТАПНАЯ РИНОПЛАСТИКА ДЕЭПИДЕРМИЗИРОВАННЫМ ЛОБНЫМ ЛОСКУТОМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ КОЖИ НОСА III–IV СТАДИИ

А.Н. ИРХИНА, И.Р. ДАШКОВА

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону*

**Актуальность.** Лечение местно-распространенных и рецидивных злокачественных новообразований кожи и мягких тканей лица представляет собой одну из самых сложных проблем. Ключевым этапом хирургического, комбинированного или комплексного лечения больных такими опухолями является их радикальное удаление, которое сопровождается образованием обширных раневых дефектов. Пластическое восполнение послеоперационного дефекта дает возможность более широкого иссечения опухоли, тем самым увеличивая радикальность хирургического вмешательства. В связи с этим особую значимость приобрела задача улучшения качества жизни пациентов, их медицинская и социально-трудовая реабилитация, что и обусловило разработку функционально-щадящих методов лечения.

**Цель исследования.** Разработать способ реконструкции обширных дефектов носа, позволяющий за один этап операции восстановить поверхность всего носа у больных со злокачественными новообразованиями кожи носа III–IV стадии, при котором утраченная ткань замещается сходной тканью в количестве и качестве,

точно копирующей структуру, поверхность и контур отсутствующей единицы.

**Материал и методы.** В отделении реконструктивно-пластической хирургии Ростовского НИИ онкологии разработан и успешно применяется способ одномоментной реконструкции обширных дефектов носа перемещенным лобным лоскутом. Клинический материал, послуживший основой настоящего раздела работы, включает наблюдения над 32 больными, оперированными по поводу местно-распространенного первичного рака кожи носа и рецидивных опухолей кожи носа, а также излеченных от злокачественных новообразований пациентов, с поздними лучевыми повреждениями. Разработанная методика позволяет перемещать срединный лобный лоскут за один этап операции. После удаления патологического очага выкраивали кожный лобный лоскут согласно разметке в подапоневротическом пространстве. Ножка лоскута всегда формировалась в подапоневротической плоскости с включением лобной мышцы. Лоскут имел тонкую ножку (не более 1,5 см), включающую надблоковую артерию с одной стороны. Данная ширина ножки лоскута давала возможность