

биопсия (СТБ). 6 больных получили ХТ с последующей ЛТ, 1 ребенку проведена ЛТ, 1 – в настоящее время получает ХТ, 1 ребенок (с СТБ) не получал лечения. Медиана наблюдения 8 мес (3–36 мес).

Результаты. Общая выживаемость (OS) составила $0,25 \pm 0,15$ %. Медиана OS – 9 мес. Прогрессирование болезни (ПБ) наблюдалось у 8 больных: у 3 – во время

ХТ, у 4 – после ЛТ, один ребенок умер до начала лечения. У больного, получающего ХТ в настоящее время, эффект не оценен. Умерли 6 больных от ПБ – продолженный рост опухоли и метастазирование по ЦНС.

Выводы. Прогноз для больных АТРО ЦНС крайне неблагоприятный. В настоящее время нет доказанной излечивающей терапии для этих опухолей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ (ГКО) У ДЕТЕЙ ПО ПРОТОКОЛУ SIOP CNS GCT-96

О.Г. Желудкова¹, М.Г. Русанова¹, С.В. Горбатовых², Б.В. Холодов³,
О.И. Щербенко⁴, И.Д. Бородина¹, А.Г. Меликян⁵, В.И. Озерова⁴

НИИ детской гематологии МЗ РФ¹, МДКБ № 1², НПЦ мед. помощи детям³, РНЦ РР⁴, НИИИХ им. Н.Н. Бурденко⁵, г. Москва

Цель исследования. Оценить эффективность химиолучевого лечения больных интракраниальными ГКО.

Материал и методы. 41 больной в возрасте 6–17 лет (медиана 14 лет) с ГКО получали химиолучевое лечение: 17 больных герминомой – 4 цикла ХТ (карбоплатин/этопозид, ифосфамид/этопозид) с последующей ЛТ (M_0 -стадия – локально 40 Гр, M_1 – M_3 – краниоспинальное облучение (КСО) 24 Гр + boost на ложе опухоли 16 Гр) и 24 больных негерминомными герминативно-клеточными опухолями (НГГКО) – 4 цикла ХТ (цисплатин/этопозид/ифосфамид), ЛТ (M_0 –локально 54 Гр, M_1 – M_3 –КСО 30 Гр + boost 24 Гр).

Результаты. Полный ответ (ПО) достигнут у 32 (78 %), частичный (ЧО) – у 7 больных (19,5 %). Общая выживаемость (OS) составила $0,83 \pm 0,07$, выживаемость без прогрессирования (PFS) – $0,77 \pm 0,08$. Медиана наблюдения 35 мес (3–70 мес). Прогрессирова-

ние болезни (ПБ) наблюдалось у 7 пациентов (19,5 %): метастазирование по желудочковой системе – 4, в спинной мозг – 1, продолженный рост опухоли – 2 больных. PFS больных герминомой составила 0,78: M_0 -стадия – 0,67, M_1 – M_3 – 1,0 ($p=0,34$). PFS больных НГГКО – 0,77: M_0 -стадия – 0,64, M_1 – M_3 – 1,0 ($p=0,18$). Все больные НГГКО с ПО на ХТ живы, в ремиссии. PFS больных с остаточной опухолью после ХТ составила 0,63 ($p=0,2$). Удаление остаточной опухоли после ЛТ выполнено у 1 больного (смешанная тератома). Умерли 5 больных: ПБ – 2, осложнения ПХТ – 2, послеоперационные осложнения – 1.

Выводы. У больных с интракраниальными ГКО химиолучевое лечение высокоэффективно. Локализованные ГКО требуют пересмотра объема ЛТ. Фактором риска является остаточная опухоль после ХТ.

СОЧЕТАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ИНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

В.Б. Зайцев

Областной клинический онкологический диспансер, г. Оренбург

Увеличение числа больных с первично-множественными злокачественными опухолями (ПМЗО) связано с улучшением диагностики и успехами лече-

ния, что повышает вероятность возникновения метакронных опухолей и способствует более частому выявлению синхронных новообразований. Частота

выявления ПМЗО колеблется от 0,3 до 10,6 % по результатам аутопсий.

Материал и методы. Проанализировано 994 протокола патологоанатомических исследований за 1974–2005 гг.

Результаты. Множественная опухолевая патология выявлена в 83 случаях (8,35 %). Синхронные ПМЗО, одной из которых была опухоль органов головы и шеи, обнаружены в 16 случаях, в т.ч. 8 микрокарцином щитовидной железы. Последние сочетались с раком легкого (3 случая), раком толстой кишки (3 случая), раком эндометрия и раком пищевода. В 4 случаях имел место клинически нераспознанный рак щитовидной железы диаметром более 1,5 см в сочетании с раком БДС, желудка, эндометрия и саркомой прямой кишки. Прочие сочетания: рак желудка – рак гортани; рак

легкого – рак губы; рак мочевого пузыря – рак губы; рак прямой кишки – злокачественная менингиома. Метахронные опухоли были выявлены в 5 случаях: рак слизистой дна полости рта – рак гортани; рак неба – рак гортани; рак языка – рак легкого; рак нижней губы – рак среднего уха; лимфома Ходжкина – рак щитовидной железы. В среднем вторая опухоль выявлялась через 11 лет после излечения первой.

Выводы. Значительное количество метахронных опухолей подтверждает необходимость пожизненного наблюдения за больными с учетом органов и систем, в которых развитие последующих опухолей наиболее вероятно. Высокая доля нераспознанных синхронных новообразований (37,5 %) свидетельствует о необходимости целенаправленного поиска их у пациента с выявленной злокачественной опухолью.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**В.А. Заричанский, А.Г. Притыко, А.Ф. Лепеев,
А.В. Слуцкая, Х.В. Заричанская**

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии с курсом черепно-лицевой хирургии ФУВ РГМУ

Опухоли слюнных желез занимают 1–5 % в статистике онкологической заболеваемости. На протяжении многих лет эти цифры довольно стабильны и не имеют тенденции к снижению. В 88 % случаев опухоли локализируются в больших и 12 % в малых слюнных железах. Самой распространенной опухолью является смешанная опухоль (плеоморфная аденома), причем в 80–90 % случаев она развивается из околоушной железы (ОСЖ).

Хирургические вмешательства при опухолях ОСЖ мы подразделяем на 3 группы: операции на самой железе, операции на добавочной железе, операции на главном выводном (Стеноновом) протоке. Выделение лицевого нерва является наиболее сложным и ответственным этапом данного хирургического вмешательства, учитывая, что лицевой нерв представляет комплекс двигательных, чувствительных, вкусовых и моторных волокон.

Был произведен анализ данных, полученных во время операций на околоушной слюнной железе у 37 больных и при препаровке 8 трупов, выявлено 2 вида строения: сетевидное (12) и магистральное (25).

На основании полученных данных нами сделаны следующие выводы: разрез кожи под мочкой ушной раковины не следует проводить под острым углом, т.к. отслоенный лоскут нередко некротизируется; препарировать лицевой нерв по скуловым дугам нецелесообразно; травма этой группы стволов наиболее неблагоприятна с косметической и функциональной точек зрения, т.к. проявляется в нарушении функции глаза; при повреждении краевой ветви лицевого нерва парез держится довольно долго, очевидно, в связи с магистральным строением этой ветви и отсутствием анастомозов с другими нервными стволами, что соответствует данным литературы.