

TUMORS



МАТЕРИАЛЫ IX ЕЖЕГОДНОГО КОНГРЕССА

РОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО ОПУХОЛЯМ ГОЛОВЫ И ШЕИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

2023

HEAD
and NECK
TUMORS



МАТЕРИАЛЫ

IX Ежегодного конгресса

**Российского общества
специалистов
по опухолям головы и шеи
с международным участием**

30–31 марта 2023 г.

Москва

Содержание

<i>Адилбаев Г.Б., Шипилова В.В., Кыдырбаева Г.Ж., Слонева Н.В.</i> Прогнозирование рецидива высококодифференцированного рака щитовидной железы на основании молекулярно-генетического анализа	6
<i>Азовская Д.Ю., Чойнзонов Е.Л., Кульбакин Д.Е., Митриченко А.Д.</i> Послеоперационные осложнения при устранении дефектов челюстно-лицевой области у онкологических больных	6
<i>Белякова Е.Н.</i> Определение клиничко-эпидемиологической характеристики ВПЧ-ассоциированного орофарингеального рака и научное обоснование основных направлений его профилактики	7
<i>Булгакова Е.С., Яровой А.А., Шацких А.В.</i> Опыт лечения базальноклеточного рака век: к вопросу о выборе тактики	7
<i>Гончар А.Г., Чистяков А.А., Ползиков Г.Н., Глазков А.И.</i> Эффективность малоинвазивных оперативных вмешательств в лечении рака щитовидной железы	8
<i>Данилов А.А., Волченков А.А., Заремук А.А., Комова А.С.</i> Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи. Опыт использования регионарных и свободных ревааскуляризованных лоскутов	9
<i>Егорин А.А., Вонтлая Д.М., Шубина Ю.А., Костоев Н.А., Лутовинин Р.В., Зеленина А.В.</i> Собственный опыт проведения реконструктивных операций с применением микрососудистых аутотрансплантатов, оценка структуры послеоперационных осложнений	9
<i>Егорин А.А., Хуснутдинов Р.Д., Алехин Э.Н.</i> Собственный опыт биопсии сигнальных лимфатических узлов при меланоме кожи	10
<i>Иванов С.А.</i> Выбор способа реконструкции после удаления карциномы кожи носа	10
<i>Ильин А.А., Полькин В.В., Исаев П.А., Плугарь А.К., Панасейкин Ю.А., Белякова А.С.</i> Вторичное поражение щитовидной железы	11
<i>Ильин А.А., Полькин В.В., Панасейкин Ю.А., Исаев П.А.</i> Консервативное лечение абсцессов щитовидной железы	12
<i>Кайбаров М.Е., Ахметов Д.Н., Слонева Н.В.</i> Хирургическое лечение распространенных опухолей щитовидной железы. Опыт КазНИИ онкологии и радиологии, г. Алматы	12
<i>Комарова А.Н., Задонцева Н.С.</i> Качество жизни коморбидных пациентов с опухолями щитовидной железы	13
<i>Кочурова Е.В., Ижнина Е.В., Горбатенко М.Г.</i> Функциональная реабилитация пациента после резекции верхней челюсти	13
<i>Кузьмин Е.Н., Белопольская Е.С., Забавский И.В.</i> Использование клетчатки Биша при хирургическом лечении пациентов со злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны в условиях Минского городского клинического онкологического центра	14
<i>Малышева Е.Н., Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Красавина Е.А.</i> Методика модифицированной субтотальной ларингэктомии с формированием трахеоглоточного шунта у больных местно-распространенным раком гортани и гортаноглотки	15
<i>Межейникова М.О., Главацкая И.П., Челебиева Н.П.</i> Хроническая патология глотки как фактор процессов малигнизации	15

<i>Панасейкин Ю.А., Капинус В.Н., Филоненко Е.В., Польшкин В.В., Севрюков Ф.Е., Исаев П.А.</i> Фотодинамическая терапия при плоскоклеточном раке полости рта	16
<i>Панасейкин Ю.А., Польшкин В.В., Севрюков Ф.Е., Исаев П.А.</i> Брахитерапия CF-252 при плоскоклеточном раке слизистой полости рта	17
<i>Польшкин В.В., Панасейкин Ю.А., Севрюков Ф.Е., Исаев П.А.</i> Биопсия сторожевого лимфатического узла при плоскоклеточном раке полости рта	18
<i>Рожнов В.А., Спирин П.И., Польшкин В.В.</i> Способ органосохраняющего хирургического лечения при раке гортани IVA стадии	18
<i>Рябов В.Е.</i> Медулярный рак щитовидной железы на фоне аутоиммунного тиреоидита после перенесенного COVID-19.	19
<i>Седаков И.Е., Чистяков А.А., Гончар А.Г., Ползиков Г.Н., Глазков А.И.</i> Внутриартериальная полихимиотерапия в лечении местно-распространенного рака языка	19
<i>Седаков И.Е., Чистяков А.А., Степанов А.И., Ползиков Г.Н., Глазков А.И.</i> Эффективность криохирургии в лечении рака ротоглотки.	20
<i>Сербяева М.С., Козина Ю.В., Зуков Р.А.</i> Клинический случай лечения синхронного рака гортани и нижней трети пищевода.	20
<i>Слонева Н.В., Кайбаров М.Е.</i> Реконструктивно-пластические операции при опухолях головы и шеи. Опыт центра опухолей головы и шеи КазНИИ онкологии и радиологии, г. Алматы.	21
<i>Степанова Л.Л., Тесленко Л.Г., Мурашко Р.А.</i> Анализ региональных эпидемиолого-клинических характеристик рака ротоглотки.	22
<i>Стукань А.И., Горяинова А.Ю., Чухрай О.Ю., Максименко С.Д., Цыган Н.А., Порханов В.А., Семиглазова Т.Ю.</i> Локальный иммунный ответ и субпопуляционный состав иммунокомпетентных клеток периферической крови при раке ротоглотки	22
<i>Ткаченко Г.А., Грушина Т.И., Подвязников С.О., Алымов Ю.В.</i> Психологический тренинг больных раком щитовидной железы в раннем послеоперационном периоде	23
<i>Тризна Н.М., Колядич Ж.В., Захарова В.А., Буков Я.Ф., Гаврильчик М.А.</i> Клинико-морфологические особенности и прогноз рецидивов плоскоклеточных карцином полости рта и ротоглотки	24
<i>Федорова И.К., Кульбакин Д.Е., Колегова Е.С.</i> Анализ клинико-морфологических и транскрипционных параметров рака полости рта	24
<i>Чистяков А.А., Гончар А.Г., Ползиков Г.Н., Степанов А.И., Глазков А.И.</i> Профилактика ранних послеоперационных осложнений после резекции губы по Диффенбаху	25
<i>Шатохина А.С., Редин А.В., Чалый И.В.</i> Рак ротоглотки: возможности лекарственного лечения (клинический случай).	25
<i>Шляга И.Д., Колядич Ж.В., Межейникова М.О.</i> Современные подходы к диагностике пациентов с предраковыми заболеваниями гортани	26
<i>Штин В.И., Чойнзонов Е.Ц., Новиков В.А.</i> Восстановление тотальных и комбинированных дефектов носа с применением лоскутов на сосудистой ножке	27

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВА ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Адилбаев Г.Б., Шипилова В.В., Кыдырбаева Г.Ж.,
Слонова Н.В.

Казахский научно-исследовательский институт онкологии
и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан
E-mail: nina9202@mail.ru

Актуальность. Рак щитовидной железы (РЩЖ) является наиболее распространенным злокачественным новообразованием с быстро растущей заболеваемостью и увеличением риска рецидива у пациентов. Изучение генетических механизмов РЩЖ в Казахстане не проводилось, поэтому выявление прогностических маркеров высокодифференцированного РЩЖ (ВДРЩЖ) с целью разработки системы стратификации в казахстанской популяции актуально. Новизна полученных результатов проекта состоит в том, что определен перечень важных генов и эффективных маркеров для граждан, проживающих в Республике Казахстан (РК), с целью определения высокого и промежуточного риска развития рецидива при ВДРЩЖ, а также разработана углубленная система стратификации риска возникновения рецидива.

Цель. Выявление прогностических маркеров дифференцированного РЩЖ с целью разработки системы стратификации с учетом особенностей казахстанской популяции.

Материалы и методы. В исследовании использовался архивный биопсийный материал 200 пациентов с морфологически верифицированным папиллярным и фолликулярным РЩЖ, пролеченных в 2012–2015 гг., на которых было проведено секвенирование нового поколения.

Результаты. В результате генетического анализа и секвенирования отобранных генов было выявлено, что в основном у пациентов с ВДРЩЖ, проживающих на территории РК, превалировали патологические повреждающие мутации в генах *PTEN* и *TP53*, *AKT*, *BRAF*, *CTNNB1*, *EIF1AX*, *GNAS*, *HRAS*, *KRAS*, *NRAS*, *PIK3CA*, *RET*, *TERT*, *TSHR*. При сопоставлении результатов генетического исследования и клинических данных пациентов достоверно установлено, что мутации в генах *AKT1*, *NRAS*, *TERT* сопряжены с высоким риском, а мутации в генах *BRAF* и *CTNNB1* – с промежуточным риском развития рецидива ВДРЩЖ ($p < 0,05$) и могут являться маркерами прогноза возникновения рецидива. Общая пятилетняя выживаемость пациентов с ВДРЩЖ составила 90,7 %, общая пятилетняя безрецидивная выживаемость – 83,6 %. Учитывая вышеизложенное, нами сделан вывод, что наличие мутации в генах *AKT1*, *NRAS*, *TERT* у больных с ВДРЩЖ в РК

напрямую связано с высоким риском развития рецидива. А наличие мутации в генах *BRAF*, *CTNNB1* сопряжено с промежуточным риском развития рецидива у данной группы пациентов, что позволяет использовать их как прогностические маркеры риска развития рецидива и включить в систему стратификации для казахстанской популяции больных ВДРЩЖ.

Выводы. В результате нашей работы разработана более углубленная система стратификации с учетом особенностей, выявленных у граждан, проживающих на территории РК. Система стратификации включает наиболее расширенные молекулярно-генетические исследования мутаций в генах *AKT1*, *BRAF*, *CTNNB1*, *NRAS*, *TERT*, что позволяет правильно распределить больных в группы риска прогрессирования и дает возможность лечить пациентов максимально персонализированно, применять агрессивные методы радионуклидной терапии и супрессивной гормонотерапии только тем пациентам, которым они действительно необходимы.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Азовская Д.Ю., Чойнзонов Е.Л., Кульбакин Д.Е.,
Митриченко А.Д.

Научно-исследовательский институт онкологии
ФГБНУ «Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук», г. Томск
E-mail: daria.eg.daria@gmail.com

Введение. Хирургический этап лечения больных с опухолями челюстно-лицевой области неминуемо приводит к обширным послеоперационным дефектам с функциональными и косметическими потерями. Все методики устранения дефектов в области головы и шеи с применением различных аутоканей неразрывно связаны с дополнительной хирургической травмой и возможным развитием различного рода специфических осложнений.

Цель. Анализ послеоперационных осложнений и предрасполагающих к ним факторов у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области при выполнении реконструктивного этапа.

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области (полость рта и верхняя челюсть) T2–4aN0–2M0 стадий, которым выполнен реконструктивный этап с использованием свободных реvascularизированных лоскутов. Большинство пациентов были мужчины (61,6 %), средний возраст больных составил 53 года (диапазон 32–73 лет), лечение проводилось в период с 2008 по 2022 г. Больные были

разделены на 2 группы по 30 человек: первичное и отсроченное выполнение реконструктивно-пластического этапа. Чаще всего выполнялось устранение дефектов верхней и нижней челюсти, языка. В обеих группах в качестве реконструктивного материала чаще всего (63,3 %) использовался костный/кожно-костный лоскут: малоберцовый и лопаточный лоскут.

Результаты. Ранние осложнения в обеих группах возникли в 36,6 % случаев (формирование свищевого хода, полный/частичный некроз лоскута, инфекционные осложнения, кровотечение). При выполнении отсроченных реконструкций в 6,6 % случаев отмечался остеорадионекроз или прорезывание пластины, тогда как при одномоментной реконструкции отдаленные осложнения встречались в 13,3 % (свищевые ходы, остеомиелит, дефицит мягких тканей). Основным предиктором развития отдаленных осложнений в обеих группах явился факт предшествующего лечения (химиолучевая терапия). Во всех случаях при выполнении отсроченного реконструктивного этапа не было отмечено функциональной потери лоскута (некроз, выраженная атрофия и деформация), тогда как при выполнении первичного в 10 % случаев потребовалась повторная микрохирургическая реконструкция.

Выводы. Отсроченные реконструктивно-пластические операции у больных опухолями челюстно-лицевой области позволяют достигать приемлемых функциональных результатов без увеличения послеоперационных осложнений по сравнению с первичными реконструкциями.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО РАКА И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Белякова Е. Н.

*ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
Минздрава России, г. Москва
E-mail: belackova.caterina@yandex.ru*

Введение. Ежегодно в мире регистрируется более 900 тыс. новых случаев рака органов головы и шеи, по оценкам, 80 тыс. из них ассоциированы с ВПЧ.

Цель. Выявить основные клинико-эпидемиологические закономерности ВПЧ-ассоциированного рака головы и шеи и предложить направления оптимизации системы эпидемиологического надзора за ВПЧ-ассоциированным раком головы и шеи и его профилактики.

Материалы и методы. Проведено исследование типа «случай — контроль», основанное на ретроспек-

тивном анализе анамнестических сведений пациентов УКБ № 1 Сеченовского Университета и результатов типирования вирусов у больных с проявлениями ВПЧ-инфекции.

Результаты. Определены клинико-эпидемиологические особенности рака головы и шеи на основе анализа персональных анамнестических сведений и результатов ВПЧ-тестирования среди обследованных пациентов: соотношение мужчин и женщин среди больных раком головы и шеи составило 1,9:1; средний возраст — 57,8 лет у мужчин и 59,5 лет у женщин; преобладала доля больных с III и IV стадиями рака головы и шеи (32,2 и 33,9 % соответственно), со II стадией заболевания было выявлено 22,4 %, а на долю случаев с I стадией приходилось только 11,5 %. В целом на поздних стадиях (III–IV) выявлено 66,1 % пациентов, что демонстрирует высокий показатель запущенности данной патологии; в качестве факторов риска развития ВПЧ-ассоциированного рака головы и шеи в проведенном исследовании была установлена роль наследственности (OR = 11,92; $p < 0,001$), «плохого» стоматологического статуса (OR = 11,85; $p < 0,001$), наличия стоматологического протеза (OR = 7,47; $p < 0,001$), курения кальяна (OR = 3,50; $p \leq 0,01$), положительного ВПЧ-статуса в анамнезе (OR = 3,49; $p < 0,05$), более 5 половых партнеров на протяжении жизни (OR = 3,12; $p \leq 0,001$) и редкого посещения врача-стоматолога (OR = 1,95; $p < 0,05$); многофакторная регрессия с учетом фактора взаимосвязи продемонстрировала статистически значимую роль модели «курение табака и употребление алкоголя» (OR = 82,68; $p \leq 0,001$).

Выводы. Минимизация влияния выявленных факторов риска, повышение знаний практикующих стоматологов и врачей терапевтического и хирургического профиля относительно проблем профилактики и раннего выявления рака головы и шеи, а также внедрение гендерно нейтрального подхода и «догоняющей» вакцинации против ВПЧ-инфекции являются потенциальной стратегией первичной профилактики ВПЧ-ассоциированного рака головы и шеи. Вакцинация несет позитивные ожидания в направлении сокращения заболеваемости ВПЧ-ассоциированным орофарингеальным раком.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ВЕК: К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ТАКТИКИ

Булгакова Е. С., Яровой А. А., Шацких А. В.

*ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С. Н. Федорова» Минздрава России, г. Москва
E-mail: evg-bulgakova@yandex.ru*

Введение. Базальноклеточный рак (БКР) век — диагноз, который, как правило, может быть установлен

при визуальном осмотре. В лечении БКР век в зависимости от размеров, локализации, клинического типа опухоли могут быть использованы различные подходы.

Цель. Представить собственный опыт лечения пациентов с БКР век с использованием различных подходов.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты лечения 106 пациентов с БКР век. Использовали следующие варианты подходов: простое иссечение опухоли, иссечение с пластикой местными тканями, удаление с пластикой свободным кожным лоскутом, сквозная резекция века, комбинация хирургического лечения и брахитерапии со стронцием-90, самостоятельная брахитерапия. При невозможности локального лечения пациентов направляли на системное лечение (висмодегиб). Будут представлены показания к каждому варианту лечения. Срок наблюдения составил от 1 до 5 лет, средний – 2 года.

Результаты. С подозрением на БКР век было 118 пациентов. По данным патогистологического исследования у 19 оказался доброкачественный процесс (воспаление, рубцовые изменения, гиперкератоз, сирингиома, невус, папиллома, киста), у 6 – плоскоклеточный рак. Помимо 93 пациентов с БКР в группу вошли 9 пациентов, у которых клинически подозревался доброкачественный процесс (кератопапиллома, невус, воспалительный процесс), но гистологически выявлен БКР, и 4 пациента без гистологической верификации.

В зависимости от локализации процесса и его размеров пациенты были пролечены: 101 – методом хирургического удаления, 4 – методом брахитерапии и 1 – их комбинацией. После облучения 3 из 4 пациентов наблюдались более 3 лет без признаков рецидива (1 выпал). По результатам гистологического исследования выявлено, что из 102 случаев с подтвержденным БКР в 73 удаление опухоли выполнено в пределах здоровых тканей. Количество рецидивов составило менее 1 %. У 29 пациентов удаление опухоли выполнено по больным тканям, 14 из них наблюдались более 3 лет, у 13 признаков продолженного роста опухоли не было. Из-под наблюдения выпали 15 пациентов.

Выводы. Базальноклеточный рак век – опухоль с полиморфной клинической картиной, что требует использования разнообразных подходов для достижения высокой эффективности лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гончар А.Г., Чистяков А.А., Ползиков Г.Н.,
Глазков А.И.

Республиканский онкологический центр им. профессора
Г.В. Бондаря, г. Донецк
E-mail: arthurchistyakov@gmail.com

Введение. В настоящее время доказана сопоставимость отдаленных результатов малоинвазивной видеоассистированной тиреоидэктомии (МИВАТ) в сравнении с традиционной. Однако не рассматривались случаи применения центральной паратрахеальной лимфодиссекции.

Показаниями к МИВАТ являются:

- диаметр опухоли менее 35 мм;
- общий объем железы 25 см³;
- наличие метастазов в паратрахеальных лимфоузлах;
- отсутствие метастазов в латеральных лимфоузлах шеи;
- отсутствие хронического аутоиммунного тиреоидита.

Цель. Провести анализ непосредственных результатов лечения больных с высокодифференцированным раком щитовидной железы, минимизировав хирургическую травму, улучшить визуализацию при выполнении тиреоидэктомии с паратрахеальной шейной лимфодиссекцией.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 74 больных папиллярным раком щитовидной железы стадий T1a и T1b. В 43 случаях выполнена стандартная тиреоидэктомия, в 31 – МИВАТ. Средний возраст пациентов 1-й группы – 52,4 года, средний объем щитовидной железы – 15,2 ± 1,6 см³. Средний возраст пациентов 2-й группы – 52,1 года, средний объем щитовидной железы – 17,9 ± 1,8 см³.

Результаты. При МИВАТ в 2 случаях диагностирован транзиторный односторонний парез гортани, разрешившийся консервативно через месяц после операции. Стойкой гипокальцемией не отмечено. Конверсия доступа производилась в 1 случае по причине инвазии в притрахеальные мышцы шеи. При стандартной тиреоидэктомии в раннем послеоперационном периоде в 4 случаях диагностирован односторонний парез, разрешившийся в течение месяца. Стойкая гипокальцемия наблюдалась в 2 случаях, купирована консервативно. За период наблюдения у всех 74 больных обеих групп при обследовании не выявлено продолжения процесса. Для контроля отдаленных результатов выполнялись скintiграфия, СКТ, УЗИ.

Выводы. Непосредственные результаты при МИВАТ сопоставимы с традиционными тиреоидэктомиями. Необходимо отметить, что МИВАТ обладает некоторыми лимитирующими факторами, в связи с чем

не может быть применена у всех пациентов. Неоспоримым является лучший косметический эффект по сравнению со стандартной тиреоидэктомией. Малоинвазивный доступ позволяет выполнять паратрахеальную лимфодиссекцию.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕГИОНАРНЫХ И СВОБОДНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ ЛОСКУТОВ

Данилов А.А., Волченков А.А., Заремук А.А.,
Комова А.С.

ГБУЗ ВО «Областной клинический онкологический
диспансер», г. Владимир
E-mail: alexeydanilov74@yandex.ru

Введение. В клинической практике на долю местно-распространенных опухолей челюстно-лицевой области приходится до 75 % случаев.

Учитывая такую распространенность опухолевого процесса, показано выполнение обширных резекций, в результате чего образуются послеоперационные дефекты, которые требуют последующей реконструкции.

Закрытие дефекта после операции является сложной задачей, которая решается выполнением различных реконструктивно-пластических операций.

Цель. Демонстрация опыта хирургического лечения больных злокачественными опухолями головы и шеи в ГБУЗ ВО «Областной клинический онкологический диспансер» с реконструктивно-пластическим компонентом на примере клинических случаев.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ ВО «Областной клинический онкологический диспансер» г. Владимира за период с 2016 по 2023 г. реконструктивные операции выполнены у 106 пациентов со злокачественными опухолями органов головы и шеи.

В качестве реконструктивного материала использовались следующие лоскуты: свободный ревазуляризованный лоскут — 21 случай, кожно-мышечный пекторальный лоскут — 46, фасциально-мышечный пекторальный лоскут — 5, кожно-мышечный подподбородочный лоскут — 28, лоскут на передних длинных мышцах шеи — 1, височный фасциально-апоневротический лоскут — 2, носогубный лоскут — 3 случая.

Демонстрация интересных клинических случаев.

Результаты. В работе отражены результаты лечения больных злокачественными опухолями головы и шеи с использованием реконструктивного компонента.

Прогрессирование опухолевого процесса (общее количество — 24,4 %): местные рецидивы диагностированы у 16 (15 %) пациентов, метастазы рака в шейные лимфоузлы — у 7 (6,6 %), отдаленные метастазы — у 3 (2,8 %) пациентов.

Выводы. Использование реконструктивно-пластического компонента при операциях по поводу опухолей головы и шеи улучшает качество жизни и функциональные результаты лечения пациентов.

Использование методик микрохирургической трансплантации тканей позволяет полноценно одномоментно заместить дефект, значительно улучшая функциональные и косметические результаты лечения.

Необходимы тщательное предоперационное планирование и выбор адекватного метода реконструкции для получения хороших результатов лечения и уменьшения количества осложнений.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОСОСУДИСТЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ, ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Егорин А.А., Вонтлая Д.М., Шубина Ю.А.,
Костоев Н.А., Луговинин Р.В., Зеленина А.В.

ГБУЗ ТО «Многопрофильный клинический медицинский центр
«Медицинский город», г. Тюмень
E-mail: anatoliy.egorin@gmail.com

Цель. Оценка собственного опыта применения одномоментных и отсроченных реконструктивных операций с применением аутоотрансплантатов на микрососудистых анастомозах при обширных резекциях злокачественных опухолей органов головы и шеи в Тюменской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных историй болезни пациентов, получивших хирургическое лечение в ГБУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» в период с 2019 по 2022 г. В зависимости от локализации первичной опухоли, распространенности процесса, анатомических особенностей пациента при одномоментной и отсроченной реконструктивной операции применялись различные виды лоскутов (лучевой, торакодорзальный, лоскуты с включением зубчатой мышцы, прямой мышцы живота, малоберцовой кости). Для применения малоберцового аутоотрансплантата проводилось предварительное моделирование индивидуальной фиксирующей пластины с учетом анатомических особенностей пациента и объема хирургической резекции. Проведена оценка частоты и структуры послеоперационных осложнений.

Результаты. За период 2019–2022 гг. проведена 91 хирургическая операция с пластикой аутоотрансплантатом на микрососудистых анастомозах. Большинство операций (44 случая) выполнено с применением лучевого лоскута предплечья, преимущественно у пациентов с распространенной опухолью языка. У 55 (60,4 %) пациентов послеоперационный период

протекал без осложнений. В структуре послеоперационных осложнений: тромбоз питающих сосудов — 9,8 % случаев, некроз лоскута — 4,4 %, кровотечения — 6,5 %, нагноение послеоперационной раны — 5,4 % случаев. При реконструкции ротогортаноглотки 18,7 % случаев сопровождалось декомпенсацией акта глотания. В большинстве случаев реконструктивные операции проводились одномоментно с удалением первичной опухоли, исключение — отсроченные операции при ранее сформированных широких орофарингостоммах (части этих пациентов проведена установка голосового протеза).

Выводы. Применение одномоментной микрососудистой хирургической пластики послеоперационных дефектов позволяет получать хороший косметический и функциональный результат у пациентов с обширными злокачественными опухолями головы и шеи. Метод требует персонализированного подхода к отбору пациентов и планированию хирургического этапа, тщательного послеоперационного наблюдения.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ БИОПСИИ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Егорин А.А.¹, Хуснутдинов Р.Д.¹, Алехин Э.Н.^{1,2}

¹ГАУЗ ТО «Многопрофильный клинический медицинский центр

«Медицинский город», г. Тюмень

²ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень

E-mail: anatoliy.egorin@gmail.com

Актуальность. Биопсия сигнальных лимфатических узлов (БСЛУ) при меланоме кожи является важным этапом в диагностике распространенности онкологического процесса. Ее проведение необходимо для адекватного стадирования, контроля за заболеванием и своевременного назначения терапии.

Цель. Оценка опыта применения методики БСЛУ у пациентов с меланомой кожи в области органов головы и шеи с использованием радиоизотопной визуализации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 20 пациентов с диагнозом «меланома кожи головы и шеи», получивших лечение в ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» в период с 2019 по 2023 г.

Биопсия сигнальных лимфатических узлов и реиссечение послеоперационного узла выполнялись пациентам с гистологически подтвержденным диагнозом меланомы кожи, глубиной инвазии >0,8 мм по Бреслоу. Отсутствие признаков распространенности заболевания подтверждалось посредством ПЭТ/КТ всего тела, КТ головного мозга и УЗИ предполагаемой зоны регионарного лимфооттока. Визуализация сигнально-

го лимфатического узла осуществлялась радиофармацевтическими препаратами (РФП) Нанотоп 99mTc ($n = 9$), коллоидным препаратом 99mTc ($n = 11$). Препараты вводились внутривенно в 4 точки по периферии рубца. Локализация сигнального лимфатического узла определялась при помощи планарной сцинтиграфии в режиме whole body, ОФЭКТ/КТ зоны интереса. Выявленные сигнальные лимфатические узлы маркировались на коже с использованием запатентованного нами устройства (патент № 163404).

Интраоперационный поиск выполнялся гамма-детекторами Gamma-Finder II, «Гамма Детектор», «Радикал». Удаленные лимфатические узлы направлялись на гистологическое и иммуногистохимическое исследования.

Результаты. В 1-й группе пациентов визуализация сигнальных лимфатических узлов составила 100 %, во 2-й — 63,6 %. У 4 пациентов 2-й группы сигнальные лимфатические узлы не были визуализированы на дооперационном этапе, что может быть связано с локализацией первичной опухоли (меланома кожи ушной раковины, височной области) и вариантом первичной пластики дефекта. Микростатическое поражение лимфатических узлов выявлено у 3 пациентов 1-й группы и отсутствовало во 2-й группе.

Выводы. Методика БСЛУ позволяет провести адекватное стадирование заболевания, своевременно начать рекомендованную терапию. Локализация меланомы кожи в области органов головы и шеи требует внимания в отношении пластики послеоперационного дефекта с учетом возможности дальнейшего проведения биопсии сигнального лимфоузла. Для проведения БСЛУ радиоизотопным методом предпочтительнее использовать РФП Нанотоп 99mTc.

ВЫБОР СПОСОБА РЕКОНСТРУКЦИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КАРЦИНОМЫ КОЖИ НОСА

Иванов С.А.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

E-mail: srgivgm@gmail.com

Актуальность. Хирургический метод — основной в лечении рака кожи наружного носа (НН). Образующиеся дефекты часто требуют пластического замещения. Выбор оптимального способа должен учитывать максимальное число параметров.

Цель. Разработать алгоритм реконструкции НН после удаления карциномы.

Материалы и методы. Результаты 212 реконструкций НН, в том числе по предлагаемому алгоритму (группа 1, 96 пациентов) и в контрольной группе (группа 2, 116 пациентов). Выполнено сравнение частоты послеоперационных осложнений (ПО), неудовлетворительных

косметических (НКР) и функциональных результатов (НФР). Группы стратифицированы по демографическим и клиническим критериям. Результаты оценивали по 5-балльной шкале NAFEQ.

Результаты. Были использованы следующие способы реконструкции НН: полнослойный ушной графт (11), ротационный лоскут из щеки (111), пазл-лоскут (39), лоскут из спинки носа (16), лобный лоскут (33). Трансплантация хрящевого графта выполнена 62 пациентам. Предлагаемый алгоритм составлен с учетом следующих факторов: клинические параметры дефекта, факторы риска осложнений, резервные возможности донорской зоны, комплаенс пациента, вероятность рецидива карциномы.

В дополнение к ранее описанным рекомендациям включены: способ восстановления колумеллы и крыла носа при тотальном дефекте, использование аллогенного свежесзамороженного реберного хряща, способ восстановления внутренней выстилки носа, сонографическое исследование ретроградного кровотока в лобном лоскуте, одномоментное восстановление границ крыла и кончика носа, учет соматического и ментального статуса пациента, опыт хирургической команды.

В группе 1 зарегистрировано 3 ПО (3,1 %, некроз лоскута – 2, расхождение краев раны – 1), в группе 2 – 15 (12,9 %, кровотечение – 2, некроз лоскута или графта – 12, расхождение краев раны – 1). Некроз лоскута развился у пациентов с факторами риска в 16 наблюдениях из 18. Частота НКР в группе 1 – 5 (5,2 %), в группе 2 – 18 (15,5 %). Частота НФР в группе 1 составила 3 (3,1 %), в группе 2 – 13 (11,2 %). В группе с использованием предлагаемого алгоритма были получены более высокие результаты, во всех парах сравнения различие является статистически значимым.

Выводы. Использование алгоритма позволило снизить частоту ПО и улучшить отдаленные результаты реконструкции НН.

ВТОРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ильин А.А., Полькин В.В., Исаев П.А., Плугарь А.К., Панасейкин Ю.А., Белякова А.С.

*Медицинский радиологический научный центр
им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, г. Обнинск
E-mail: ilin.grand@gmail.com*

Цель. Продемонстрировать структуру злокачественных новообразований, наиболее часто обуславливающих вторичное поражение щитовидной железы (ЩЖ). Клиническое течение и эффективность диагностических процедур в установлении природы поражения ЩЖ.

Материалы и методы. С 2012 по 2022 г. у 29 больных диагностировано вторичное поражение ЩЖ. Диагноз

морфологически верифицирован. Во всех случаях проводилась тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) с последующим цитологическим исследованием. В 12 наблюдениях выполнена трепанбиопсия опухоли ЩЖ, в 4 проведено хирургическое лечение с последующими гистологическим и иммуногистохимическим исследованиями. В 24 наблюдениях были диагностированы метастазы в ЩЖ и в 5 наблюдениях – прорастание в ЩЖ карциномы иного органа.

Результаты. Возраст больных колебался от 30 до 84 лет, медиана 57 лет, $55,88 \pm 10,9$ лет. Мужчин было 8, женщин – 21. Период от выявления первичной опухоли до диагностики поражения ЩЖ колебался от 0 до 120 мес, медиана 12 мес. В 5 наблюдениях опухоль в ЩЖ была выявлена до или одновременно с диагностикой первичного очага. У 24 больных с ранее выявленной карциномой новообразования в ЩЖ выявлены при контрольных обследованиях: в 9 случаях – при ПЭТ/КТ и в 15 – при УЗИ. Опухоль в ЩЖ определялась при пальпации в 11 случаях. В 4 случаях диагностировано прорастание в ЩЖ карциномы иной локализации: в 1 – при раке гортани и в 4 – при раке пищевода. В 24 наблюдениях выявлены метастазы в ЩЖ: рак молочной железы – 7 (29,2 %), рак легкого – 3 (12,5 %), рак почки – 3 (12,5 %), рак гортани – 2 (8,3 %), рак пищевода – 2 (8,3 %), рак печени – 1 (4,1 %), рак нижней губы – 1 (4,1 %), рак толстого кишечника – 1 (4,1 %), нейроэндокринная карцинома верхнего этажа ЖКТ – 1 (4,1 %), меланома – 1 (4,1 %), лейомиосаркома – 1 (4,1 %), рак маточной трубы – 1 (4,1 %).

По данным эхографии поражение ЩЖ имело диффузный характер в 8 случаях и в 21 – очаговый. Размер опухолей колебался от 1,1 до 8 см, медиана 2,75 см, $3,5 \pm 1,98$ см. В 24 (82,7 %) наблюдениях очаги были одиночными и в 5 (7,3 %) – множественными, в 22 (75,86 %) наблюдениях они были гипозоногенными, в 24 (82,7 %) имели неровные контуры, в 27 (93 %) – солидный характер, в 5 (7,30 %) в них определялись кальцинаты. Во всех случаях проводилась ТАБ. По данным цитологического исследования заключение о метастатическом поражении ЩЖ высказано в 16 случаях (с указанием морфологической принадлежности опухоли), заключение о злокачественной природе новообразования – в 9, картина фолликулярной опухоли ЩЖ – в 2. Исследование было неинформативно в 2 случаях. У 10 пациентов для уточнения диагноза выполнена трепанбиопсия опухоли, и 4 у больных проведено хирургическое лечение.

Выводы. В нашем исследовании наиболее часто метастатическое поражение ЩЖ выявлялось при раке молочной железы, легкого, почки и чаще протекало бессимптомно. Средний период от выявления первичной опухоли до диагностики поражения ЩЖ составил 12 мес. Прорастание карциномы в ткань ЩЖ чаще всего наблюдалось при раке пищевода.

Эхографическая картина вторичного поражения ЩЖ не имела специфического характера. В 27,5 % случаев поражение ЩЖ имело диффузный характер. ТАБ имела важное диагностическое значение в диагностике вторичных поражений ЩЖ. В 55 % цитологическое исследование позволило установить морфологическую природу новообразований. ТАБ в сочетании с трепан-биопсией позволила диагностировать природу поражения ЩЖ в 89,6 % случаев.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Ильин А.А., Полькин В.В., Панасейкин Ю.А.,
Исаев П.А.**

*Медицинский радиологический научный центр
им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, г. Обнинск
E-mail: ilin.grand@gmail.com*

Цель. Абсцесс щитовидной железы, или острый тиреоидит, – крайне редко встречающийся вид тиреоидной патологии. Обычно пациентам с этим заболеванием рекомендуется проведение хирургического лечения. Мы приводим 3 наблюдения больных с этой патологией. Во всех случаях проведение консервативной терапии в комплексе с малоинвазивным вмешательством позволило добиться выздоровления больных. Длительный катамнез продемонстрировал безопасность и эффективность методики.

Материалы и методы. В период с 2001 по 2012 г. у 3 пациенток 22, 41 и 52 лет, обратившихся в клинику, диагностирован острый тиреоидит. Все имели длительный, более 3 лет, анамнез морфологически подтвержденного узлового зоба. Всем в амбулаторных условиях выполнена пункция абсцесса с аспирацией гнойного содержимого, промыванием полости узла 0,02 % раствором хлоргексидина с последующим введением антибиотика (аугментин, максипим).

Результаты. У всех больных заболевание развилось остро, в течение 2–3 дней. Клинические проявления: фебрильная температура, появление резко плотного образования в нижней трети шеи, выраженный болевой синдром, из-за которого 2 пациенткам приходилось принимать вынужденное положение. Размер образований колебался от 5 до 7 см, объем образований – 34,4; 45 и 48 мл. При УЗИ определялось кистозное образование с неоднородным содержимым. В анализе крови уровень лейкоцитов превышал 20×10^9 , нейтрофилез с резким сдвигом вправо, СОЭ от 50 до 65 мм/ч. При выполнении пункции было аспирировано от 10 до 25 мл гноя. По данным цитологического исследования определялся детрит, элементы воспаления. Всем выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия с аспирацией гнойного содержимого, промыванием полости

0,02 % раствором хлоргексидина в объеме 10–25 мл и последующим введением антибиотика: в 2 случаях – раствор амоксициллина с клавулановой кислотой 1 г, у 1 больного – раствор цефепима 1 г. В 2 случаях введение антибиотика производилось однократно, в 1 – двукратно, с интервалом между процедурами 3 дня. Все пациентки дополнительно получали цефалоспорины *per os* в течение 7–10 дней. Нормализация температуры и исчезновение болевого синдрома происходили в течение 2–3 дней. В эти же сроки отмечалось начало уменьшения образований. Через год размер узлов колебался от 1,3 до 2,4 мл, объем – 0,3, 1,1 и 2,4 мл. Все узлы преимущественно солидного характера. Длительность катамнеза составила 10, 16 и 21 год. Рецидив воспаления отсутствовал.

Выводы. Консервативное ведение абсцессов щитовидной железы в комплексе с малоинвазивным вмешательством продемонстрировало безопасность и эффективность при лечении больных с абсцессами щитовидной железы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОПЫТ КазНИИ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ, г. АЛМАТЫ

Кайбаров М.Е., Ахметов Д.Н., Слонева Н.В.

*Казахский научно-исследовательский институт онкологии
и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан
E-mail: nina9202@mail.ru*

Актуальность. По данным различных авторов, рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет в среднем от 1 до 3 % от всех злокачественных новообразований. В Казахстане в 2020 г. взяты на учет 795 пациентов (на 100 тыс. населения – 4,3 %), отмечается тенденция к увеличению роста заболеваемости по сравнению с 2019 г. на 100 тыс. населения – 12,4 % (статистические материалы, Алматы, 2020 г.). Среди больных РЩЖ до 30 % пациентов имели распространенность процесса, соответствующую III–IV стадии.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с распространенными опухолями щитовидной железы со стенозом трахеи на основании выбора оптимального хирургического доступа, возможности адекватной мобилизации трахеи и профилактики осложнений со стороны трахеального анастомоза, учитывая способность трахеи к растяжению.

Материалы и методы. В центре опухолей головы и шеи КазНИИ онкологии и радиологии за период с 2018 по 2021 г. пролечено 1129 пациентов с различными стадиями РЩЖ. 671 (59,7 %) пациенту выполнена тиреоидэктомия, 438 (38,8 %) – тиреоидэктомия в комбинации с шейной лимфодиссекцией, 7 (0,6 %) – тиреоидэктомия

с ларингофарингоэктомией, 2 (0,18 %) – тиреоидэктомия с резекцией рукоятки грудины, ключицы с пластикой дефекта грудной стенки перемещенным кожно-жировым лоскутом, 11 (0,9 %) – тиреоидэктомия с циркулярной резекцией трахеи (иссечение до 3 трахеоколец) и наложением гортанно-трахеального анастомоза (данной группе больных проводится экстрафасциальная тиреоидэктомия с циркулярной резекцией трахеи (иссечение до 3 трахеоколец) с наложением гортанно-трахеального анастомоза, трахеостомией и при показаниях шейной лимфодиссекцией). Из них у 1 пациента в послеоперационном периоде развилась несостоятельность кожно-трахеальных швов, следствием чего стала анатомически короткая шея, а также степень растяжимости трахеи с последующим пластическим закрытием трахеостомы. Трахеостома накладывалась для профилактики.

Результаты. При наблюдении в течение 3 лет рецидив заболевания отмечен у 2 больных на 12-м и 16-м месяце после циркулярной и у 1 пациента – на 14-м месяце после окончательной резекции. Этому больному вновь была наложена трахеостома. Остальные 7 пациентов находятся под наблюдением, рецидива заболевания не выявлено.

Выводы. Таким образом, выполнение расширенных операций с резекцией трахеи больным распространенным РЩЖ позволяет добиться клинического выздоровления и восстановления функций трахеи.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Комарова А.Н.^{1,2}, Задонцева Н.С.²

¹Западно-Сибирская дирекция здравоохранения ОАО «РЖД», г. Новосибирск;

²ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул
E-mail: a.n.komarova@bk.ru

Введение. Заболеваемость злокачественными опухолями щитовидной железы в последние годы имеет неуклонный рост. Часто проводимое лечение связано с ухудшением соматического статуса пациента.

Цель. Определить влияние коморбидной патологии на качество жизни пациента и возможности проведения у данной категории специального противоопухолевого лечения супрессивными дозами тиреоидных гормонов и реабилитационной терапии осложнений.

Материалы и методы. В исследование был включен 81 пациент с различными формами опухолей щитовидной железы. Оценка сопутствующих заболеваний проводилась согласно индексам коморбидности, а также исходя из результатов инструментальных исследований.

Результаты. Полное отсутствие сопутствующей патологии наблюдалось у 4,9 % больных. Наличие более 4 конкурентных заболеваний – у 12,3 %. Самой частой сопутствующей патологией была гипертоническая болезнь (72,8 %). На втором месте – дисциркуляторная энцефалопатия (66,7 %), на третьем – ишемическая болезнь сердца (25,9 %), на четвертом – сахарный диабет (23,4 %). В 3,7 % случаев декомпенсированная сопутствующая патология послужила поводом для отказа от проведения специального лечения.

У 82 % на фоне проводимой супрессивной терапии наблюдались различные кардиоваскулярные проявления. При этом преобладала кардиотоксичность 1-й степени, выявленная в 62,1 % случаев. Отмечены различные ее проявления: блокады пучка Гиса, экстрасистолии, метаболические изменения в миокарде. У всех пациентов фракция выброса левого желудочка сохранялась в целевых значениях выше 50 %, со снижением не более 5 % на фоне приема тиреоидных препаратов. В данной группе осуществлялось динамическое наблюдение врача-кардиолога с коррекцией возникших нарушений. Снижение дозы не потребовалось.

У 10,6 % пациентов наблюдались проявления кардиотоксичности 2-й степени, проявляющиеся в снижении фракции выброса левого желудочка ниже 54 % или более чем на 10 % от исходной, гипертоническими кризами, ишемическими изменениями в миокарде. Все пациенты получали лечение у врача-кардиолога. В 3 (4,5 %) случаях отмечено развитие фибрилляции предсердий, потребовавшее стационарного лечения. После коррекции кардиальной патологии все пациенты продолжают прием супрессивной дозы тироксина.

Выводы. При планировании терапии супрессивными дозами тироксина особое внимание необходимо уделять наличию коморбидной патологии. Своевременная терапия может предотвратить развитие осложнений, особенно таких грозных, как кардиотоксичность.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кочурова Е.В.¹, Ижнина Е.В.², Горбатенко М.Г.^{2,3}

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва;

²ООО «Дзен Стоматология», г. Краснодар;

³ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар
E-mail: med_stomat@mail.ru

Актуальность. Несмотря на внедрение в практическое здравоохранение новых методик диагностики и лечения челюстно-лицевой области, все еще превалирует

обнаружение онкопатологии на последних стадиях. Стоматологическая реабилитация таких пациентов является трудной задачей ввиду сложной клинко-анатомической организации структур, которые необходимо учитывать при изготовлении протеза, особенно большого по объему. Для восстановления работы височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) важно фиксировать траекторию движений нижней челюсти, которая нарушена множеством хронических процессов.

Цель. Использование аксиографии (внеротового графического метода диагностики работы ВНЧС) с помощью механического аксиографа ARCUS pro (Kavo, Германия) с целью изготовления полного съемного резекционного протеза на имплантатах.

Материалы и методы. Пациентка Д., 65 лет, диагноз: аденокарцинома малой слюнной железы твердого неба, состояние после резекции верхней челюсти. ECOG Performance Status 1. Экстирпация верхней челюсти проведена с одномоментной установкой 4 имплантатов (Osstem, Корея) с шариковыми абатментами Stud для съемного протезирования и наложением временного протеза, изготовленного методом стереолитографического прототипирования. В связи с атрофией тканей протезного поля и невозможностью перебазировки ранее изготовленного протеза через 12 мес возникла необходимость изготовления нового протеза, который будет отвечать функциональным требованиям новой анатомической структуры полости рта и эстетическим требованиям пациентки.

Результаты. Использование аксиографии позволило определить цифровое значение угла Беннета, образующегося при латеротрузии, что способствовало настройке артикулятора по индивидуальным параметрам и обеспечило возможность оказания качественной ортопедической помощи.

Выводы. Таким образом, модернизация этапов комплексной стоматологической реабилитации пациентки с пострезекционным верхнечелюстным дефектом обеспечила восстановление утраченных эстетических и функциональных свойств полости рта пациентки (речь, дыхание, прием пищи). ECOG 0.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛЕТЧАТКИ БИША ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ В УСЛОВИЯХ МИНСКОГО ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Кузьмин Е.Н., Белопольская Е.С., Забавский И.В.
УЗ «Минский городской клинический онкологический центр»,
г. Минск, Республика Беларусь
E-mail: enkuzmin1973@gmail.com

Введение. В Республике Беларусь рак орофарингеальной зоны (РОФЗ) (C01–C14 по МКБ-10) занимает 1-е место среди новообразований головы и шеи. Лечение РОФЗ – это сложный многоэтапный процесс, требующий применения различных методов воздействия на опухоль. Оперативное вмешательство при возможности его выполнения является обязательным этапом в лечении данной категории пациентов. Основным негативным последствием проводимого лечения является ограничение открывания рта (тризм).

Цель. Изучить возможности клинического применения клетчатки Биша (КБ) для замещения послеоперационных дефектов при хирургическом лечении злокачественных новообразований орофарингеальной зоны.

Материалы и методы. В УЗ «Минский городской клинический онкологический центр» за период с июня 2021 г. по декабрь 2022 г. 13 пациентам (9 женщин, 4 мужчин) в возрасте от 22 до 75 лет выполнялось замещение послеоперационных дефектов после удаления злокачественных новообразований орофарингеальной зоны с использованием КБ. Чаще всего опухоль локализовалась на слизистой оболочке ретромалярной области (46,2 %) и щеки (38,5 %). В 84,6 % случаев морфологическая картина была представлена плоскоклеточным раком высокой степени дифференцировки. Степень распространенности опухолевого процесса у 3 (23,1 %) пациентов соответствовала критериям T1, у 5 (38,4 %) – T2, у 3 (23,1 %) – T3 и у 2 (15,4 %) – T4. У 12 (92,3 %) пациентов проводилась лучевая терапия (ЛТ): 1 (7,7 %) пациенту был проведен предоперационный курс ЛТ (СОД 50 Гр), 4 (30,8 %) – курс ЛТ по радикальной программе (СОД 70 Гр), 7 (53,8 %) – послеоперационный курс ЛТ (СОД 50 Гр), 1 (7,7 %) пациент от проведения послеоперационного курса ЛТ отказался. В послеоперационном периоде оценивалось открывание рта (тризм).

Результаты. У всех пациентов ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Назогастральный зонд удалялся на 10–14-е сутки, эпителизация лоскута начиналась со 2-й недели и завершалась к 6–8-й неделям. Открывание рта в полном объеме

отмечено у всех пациентов. У одной пациентки (7,7 %) при проведении послеоперационного курса химиолучевой терапии образовался диастаз на границе мягкого и твердого неба.

Выводы. Клетчатка Биша может быть использована при неинвазивном злокачественном поражении орофарингеальной зоны для закрытия малых и средних послеоперационных дефектов. Эпителизация лоскута завершалась к 6–8-й неделям после оперативного вмешательства. Проведение ЛТ независимо от подведенной дозы не влияло на сроки эпителизации лоскута. Использование КБ не приводило к развитию тризма в послеоперационном периоде.

МЕТОДИКА МОДИФИЦИРОВАННОЙ СУБТОТАЛЬНОЙ ЛАРИНГЭКТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ТРАХЕОГЛОТОЧНОГО ШУНТА У БОЛЬНЫХ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Мальшева Е.Н., Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л.,
Красавина Е.А.

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук», г. Томск
E-mail: katushamenkova123@gmail.com

Цель. Изучение эффективности модифицированной субтотальной ларингэктомии с формированием трахеоглоточного шунта у больных местно-распространенным раком гортани и гортаноглотки.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2021 г. в отделении опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского НИМЦ проведено лечение 25 больных раком гортани и гортаноглотки T1–4a/гT3–4aN0–3M0 стадии, которым в качестве хирургического этапа комбинированного лечения выполнена субтотальная ларингэктомия с формированием трахеоглоточного шунта с целью голосовой реабилитации. Необходимо отметить, что все пациенты являлись кандидатами на тотальную ларингэктомию. Контрольную группу составили 50 больных раком гортани и гортаноглотки, которым выполнена тотальная ларингэктомия по стандартной методике. Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, локализации и стадии опухолевого процесса, а также по тактике проведения комбинированного лечения. Восстановление голосовой функции у больных исследуемой группы выполнялось за счет направления потока воздуха из легких через шунт. У больных контрольной группы восстановление голосовой функции осуществлялось путем формирования пищевого голоса – 25 человек, установки голосового протеза Ргоvox – 25 человек.

Результаты. Средний срок наблюдения за больными составил 37,2 мес. Двухлетняя безрецидивная

и общая выживаемость в исследуемой группе при раке гортани составила 78,1 и 88,2 %, при раке гортаноглотки – 38,5 и 44,4 %. В контрольной группе у больных раком гортани – 68,3 и 72,2 %, у больных раком гортаноглотки – 52,3 и 59,2 % соответственно. Звучная речь восстановлена у 22 (95,7 %) пациентов исследуемой группы. Количество занятий составило от 4 до 9. При динамическом осмотре через 12 мес все пациенты общались звучной речью, а также свободно говорили по телефону. Речь характеризовалась разборчивостью, тембральной окраской и диапазоном. Частота основного тона составила 120–170 Гц, длительность фразы – 4–5 слов, время максимальной фонации гласной буквы – 4–4,5 с.

Выводы. Модифицированная субтотальная ларингэктомия с трахеоглоточным шунтированием позволяет достигать сопоставимых с ларингэктомией онкологических результатов у отдельной категории больных раком гортани и гортаноглотки, с восстановлением голосовой функции.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ГЛОТКИ КАК ФАКТОР ПРОЦЕССОВ МАЛИГНИЗАЦИИ

Межейникова М.О., Главацкая И.П., Челебиева Н.П.
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь
E-mail: mmarina.89@mail.ru

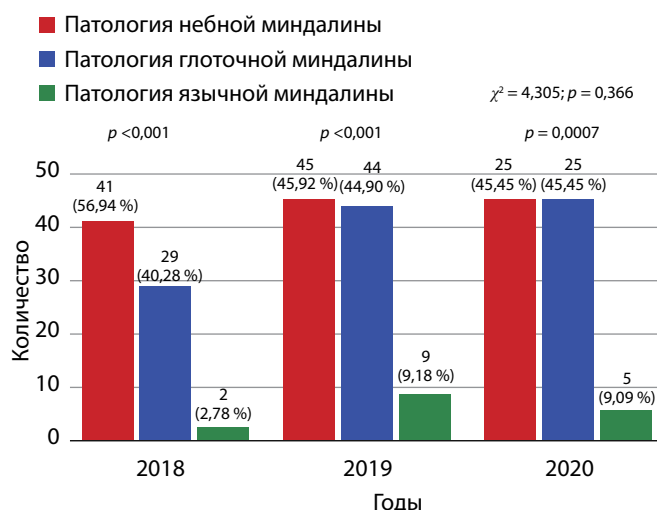
Введение. Воспалительные заболевания глотки занимают одно из ведущих мест среди всей патологии оториноларингологического профиля и составляют около 26 % посещений врача. Особое значение здесь имеет лимфаденоидное кольцо Пирогова–Вальдейера, представленное глоточной, трубными, небными и язычной миндалинами, а также лимфоидными гранулами и боковыми валиками задней стенки глотки. Все перечисленные структуры относятся к периферическому отделу иммунной системы и осуществляют реакции клеточного и гуморального иммунитета, функционируя как орган лимфопоэза, обеспечивая защиту слизистых оболочек [1]. Сохранность анатомических структур глоточно-лимфатического кольца Пирогова–Вальдейера как важного органа иммунитета человека – это возможность предотвратить развитие процесса малигнизации структур глотки, ведь проблема онкопатологии глотки на сегодняшний момент весьма актуальна.

Цель. Осветить проблему распространенности хронической патологии глоточно-лимфатического кольца Пирогова–Вальдейера среди взрослого населения в период с 2018 по 2020 г., потребовавшей проведения хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Для анализа распространенности хронических заболеваний глотки среди взрослого населения с вовлечением в патологический процесс

глотоchno-лимфатического кольца Пирогова–Вальдейера, потребовавших проведения хирургического вмешательства, в г. Гомеле в период с 2018 по 2020 г. произведена выборка 225 пациентов по результатам ретроспективного анализа послеоперационных образцов патолого-гистологических заключений по 3 нозологическим патологиям (патология небной миндалины, глоточной миндалины и язычной миндалины).

Результаты. Для оценки актуальности проблемы нами осуществлен подсчет патологии небной, глоточной и язычной миндалин у пациентов оториноларингологического отделения УЗ «ГОКБ» путем ретроспективного анализа послеоперационных образцов патолого-гистологического материала за период 2018–2020 гг. При статистическом описании результатов встречаемость признаков выражали в количественном отношении пациентов (*n*) и относительных частотах (%) по каждой нозологической категории патологии глотоchno-лимфатического кольца Пирогова–Вальдейера среди взрослого населения за указанный период. Результаты представлены на рисунке.



Частота встречаемости хронической патологии глотоchno-лимфатического кольца Пирогова–Вальдейера среди взрослого населения в период 2018–2020 гг.

Выводы. При анализе отдельных нозологических форм патологии глотоchno-лимфатического кольца Пирогова–Вальдейера отмечено преимущественное поражение небных и глоточной миндалин, что может свидетельствовать о главенствующем значении небных и глоточной миндалин как структур периферического отдела иммунной системы, осуществляющих реакции клеточного и гуморального иммунитета, а также как органа лимфопоэза, обеспечивающего защиту слизистых оболочек в составе глотоchno-лимфатического кольца Пирогова–Вальдейера среди взрослого населения, в том числе в процессе малигнизации структур глотки. Полученные данные отражают значимость па-

тологии лимфоидного глотоchnого кольца среди взрослого населения г. Гомеля и требуют более детального изучения проблемы.

Литература

- Петрова Л.Г. Принципы лечения воспалительных заболеваний глотки. Медицинские новости. 2021; (4):19–22. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/printsipy-lecheniya-vozpалitelnyh-zabolevaniy-glotki> (дата обращения 28.10.2022).
- Рязанцев С.В., Еремина Н.В., Щербань К.Ю. Современные методы лечения хронического тонзиллита. Медицинский совет 2017;(19):68–72. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-metody-lecheniya-hronicheskogo-tonzillita> (дата обращения 30.10.2022).
- Гришунина О.Е., Лейзерман М.Г. Распространенность гипертрофии язычной миндалины и тактика лечения. Проблемы женского здоровья 2013;8(4): 77–9.
- Дроздова М.В., Карелин А.В., Ларионова С.Н. и др. Возможные причины отсутствия инволюции глоточной миндалины у подростков. Российская оториноларингология 2019;18(4):39–43. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnyye-prichiny-otsutstviya-involyutsii-glotochnoy-mindaliny-u-podrostkov> (дата обращения: 30.10.2022).
- Абдулкеримов Х.Т., Алексеенко С.И., Артюшкин С.А. и др. Резолюция совета экспертов Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов по проблемам патологии лимфоглотоchnого кольца. Российская оториноларингология 2020;19 (1):127–30. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezolyutsiya-soveta-ekspertov-natsionalnoy-meditsinskoy-assotsiatsii-otorinolaringologov-po-problemam-patologii-limfoglotochnogo> (дата обращения 30.10.2022).

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА

Панасейкин Ю.А.¹, Капинус В.Н.¹, Филоненко Е.В.²,
Полькин В.В.¹, Севрюков Ф.Е.¹, Исаев П.А.¹

¹Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Обнинск;

²Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Москва
E-mail: deus2@bk.ru

Цель. Оценить онкологические результаты фотодинамической терапии (ФДТ) как метода радикального лечения сT1–T2 плоскоклеточного рака (ПКР) полости рта. Оценить качество жизни, эстетические

и функциональные результаты, реабилитацию у этой группы больных.

Материалы и методы. В группу были включены пациенты ($n = 35$) с первичным или рецидивным ПКР полости рта, проходившие лечение ФДТ с 2017 по 2023 г. Распространенность первичного опухолевого процесса соответствовала сT1–2N0M0. Возраст больных – от 37 до 81 года. Мужчин было 22 (62,85 %), женщин – 13 (37,15 %). В эту группу вошли пациенты с глубиной инвазии (ГИ) первичной опухоли не более 7 мм, что было установлено при клиническом обследовании (УЗИ, КТ, МРТ). У всех пациентов клинически не было выявлено метастазов в регионарных лимфоузлах (сN0). Из них 30 (85,7 %) – первичный ПКР, 5 (14,3 %) – рецидив (после лучевой терапии). сT1 (ГИ 0–5 мм) – 30 (85,7 %) случаев, сT2 (ГИ 6–7 мм) – 5 (14,3 %). ФДТ проводили с фотосенсибилизатором хлоринового ряда (доза 1,0–1,1 мг/кг), световая доза – 200–300 Дж/см, плотность энергии – 0,21–0,41 Вт/см². Локализация опухоли: боковая поверхность языка – 15 (42,86 %), дно полости рта – 10 (28,57 %), слизистая губ – 5 (14,3 %), слизистая альвеолярного отростка – 2 (5,7 %), слизистая щеки – 3 (8,60 %).

Результаты. Полный ответ наблюдался в 31 (88,5 %) случае после ФДТ. В 4 (11,5 %) случаях отмечен рецидив, потребовавший дальнейшего хирургического лечения. Для достижения полного ответа в 28 (90,32 %) случаях было достаточно одного курса ФДТ, в 3 (9,68 %) случаях для достижения полного ответа потребовался повторный курс ФДТ. Среди первичных ПКР рецидив наблюдался в 3 случаях из 30, а в группе рецидивных ПКР – в 1 случае из 5. При ГИ до 5 мм (сT1) рецидив выявлен в 3 из 30 случаев – 10 %. При сT2 (ГИ 6–7 мм) рецидив в 1 из 5 случаев – 20 %. Все больные отметили хороший функциональный и эстетический результат лечения. По данным анкетирования, качество жизни после лечения не ухудшилось. Время наблюдения (IQR) составило от 1 до 36 мес (в среднем 17,16 мес).

Выводы. Лечение ФДТ ПКР полости рта (стадии T1–2, ГИ до 7 мм) может быть альтернативным методом для пациентов, которым не подходят стандартные способы лечения. ФДТ позволяет добиться хороших функциональных и эстетических результатов без ущерба для онкологического радикализма. При увеличении ГИ первичного очага повышается вероятность рецидива после проведенного лечения.

БРАХИТЕРАПИЯ CF-252 ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

**Панасейкин Ю.А., Полькин В.В., Севрюков Ф.Е.,
Исаев П.А.**

*Медицинский радиологический научный центр
им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, г. Обнинск
E-mail: polkin83@mail.ru*

Введение. Лечение начальных стадий рака полости рта наиболее часто выполняется хирургическим и/или химиолучевым методом, что может привести к ряду осложнений и снизить качество жизни пациентов. Одним из вариантов лучевого лечения является брахитерапия (БТ). При данной методике не страдает функциональность пораженного органа, что способствует более быстрой и комплексной реабилитации пациента.

Цель. Оценить онкологические результаты лечения плоскоклеточного рака (ПКР) полости рта (сT1–T2) методом БТ источниками калифорния (CF-252). Оценить онкологические, функциональные и эстетические результаты лечения.

Материалы и методы. Период лечения – с 2018 по 2023 г. Количество больных – 31, из них 21 (67,4 %) мужчина и 10 (32,6 %) женщин. Возраст – от 35 до 73 лет (средний возраст 57,8 года). Распространенность рака – сT1–T2. Больных лечили БТ с источниками CF-252. Локализации опухоли: 22 (70,9 %) – боковая поверхность языка, 5 (16,1 %) – слизистая оболочка губы и 4 (12,9 %) – дно полости рта. Распределение по TNM: сT1 – 15 (48,4 %), сT2 – 14 (45,2 %), сT3 – 2 (6,45 %), у всех пациентов отсутствовали клинические данные за поражение регионарных лимфоузлов (сN0). 30 (96,8 %) случаев – первичный ПКР, 1 (3,2 %) – рецидив после предшествующего лечения. Глубина инвазии, определяемая по данным УЗИ, КТ, МРТ, составила от 4 до 12 мм. Среднее количество дней госпитализации – 8,1. Суммарная очаговая доза – 8 Гр. Продолжительность внутритканевой терапии варьировала от 30 ч 22 мин до 58 ч 20 мин.

Результаты. Полный ответ достигнут в 28 (90,3 %) случаях. В 3 (9,7 %) случаях в сроки от 1 до 4 мес после БТ диагностирован рецидив и проведено оперативное лечение. Все пациенты отметили хорошие функциональные и эстетические результаты лечения. По данным анкетирования, качество жизни не изменилось. Срок наблюдения составил от 1 до 40 мес, в среднем 21,8 мес.

Выводы. Брахитерапия при раке полости рта (сT1–2N0M0) как радикальное лечение является высокоэффективным методом, позволяющим добиться функциональных и эстетических результатов без ущерба для онкологического радикализма.

БИОПСИЯ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА

Полькин В.В., Панасейкин Ю.А., Севрюков Ф.Е.,
Исаев П.А.

Медицинский радиологический научный центр
им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, г. Обнинск
E-mail: polkin83@mail.ru

Цель. Оценить методику биопсии сторожевых лимфатических узлов (БСЛУ) при плоскоклеточном раке (ПКР) полости рта при глубине инвазии первичной опухоли до 10 мм (сT1–T2) и cN0 лимфатических узлах. Оценить онкологические результаты и чувствительность этой методики.

Материалы и методы. Период лечения – с 2018 по 2023 г. Количество больных – 42 с ПКР полости рта сT1–2N0M0. Больным под контролем радиоизотопной диагностики выполняли БСЛУ. Алгоритм техники выполнялся в соответствии с рекомендациями EANM. Пациенты мужского пола – 30 (71,4 %), женского – 12 (28,6 %). Возраст – 36–75 лет (средний возраст 57,2 года). У всех пациентов отсутствовали признаки местного метастазирования (сN0) по данным комплексного предоперационного обследования (СКТ, МРТ, УЗИ, ТИАБ). Распределение по локализации первичной опухоли: 26 (61,9 %) – боковая поверхность языка, 7 (16,7 %) – слизистая оболочка губы, 7 (16,7 %) – дно полости рта, 2 (4,8 %) – слизистая оболочка альвеолярного отростка. Глубина инвазии первичной опухоли, установленная по данным УЗИ, КТ и МРТ, составила от 1 до 10 мм. Локализация сторожевых лимфатических узлов определялась с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии за сутки до проведения биопсии. Всем больным было проведено радикальное лечение первичной опухоли. Интраоперационно локализация сторожевых лимфоузлов выявлялась при помощи переносного гамма-детектора. Все удаленные узлы подвергались иммуногистохимическому исследованию с целью выявления микрометастазирования.

Результаты. В 37 (88 %) случаях метастазов в удаленных узлах не обнаружено. Из них в 2 случаях в отдаленном периоде диагностировано метастазирование в лимфатические узлы без признаков рецидива из первичного очага. В 5 (11,9 %) случаях выявлены микрометастазы в сторожевых лимфатических узлах, что потребовало хирургического вмешательства в виде модифицированной лимфаденэктомии на шее со стороны поражения в сроки до 1 мес после биопсии. Чувствительность БСЛУ составила 93,2 % (35 из 37). Период наблюдения (IQR) составил от 1 до 32 мес (в среднем 18,56 мес). Все 5 случаев микрометастази-

рования в сторожевых лимфатических узлах были у пациентов с первичной инвазией опухоли более 7 мм.

Выводы. БСЛУ является эффективным методом выявления субклинических локорегионарных метастазов в ПКР полости рта, позволяет сократить количество хирургических вмешательств и избежать диссекции шеи при клинических лимфатических узлах сN0.

СПОСОБ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ IVA СТАДИИ

Рожнов В.А., Спирин П.И., Полькин В.В.

Медицинский радиологический научный центр
им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, г. Обнинск
E-mail: vit@mrrc.obninsk.ru

Введение. Рак гортани – злокачественная опухоль, происходящая из элементов эпителия гортани. Согласно общемировым данным, ежегодно в мире регистрируется 238 000 случаев рака гортани, что составляет около 3 % от всех злокачественных опухолей.

Наиболее эффективным методом лечения пациентов с раком гортани III–IV стадий является комбинированный. Выполняется ларингэктомия с последующей химиолучевой терапией либо попытка органосохраняющего химиолучевого лечения. В случае рецидива заболевания после химиолучевого лечения также выполняется ларингэктомия, значительно снижающая качество жизни пациентов.

Цель. Разработка метода органосохраняющего комбинированного лечения этой группы пациентов, позволяющего улучшить качество жизни.

Материалы и методы. Нами применяется метод комбинированного лечения местно-распространенного рака гортани. На первом этапе пациентам выполняется разработанная нами методика хирургического лечения в объеме резекции гортани с пластикой дефекта кожно-мышечным лоскутом на основе большой грудной мышцы. На втором этапе проводится послеоперационный курс химиолучевой терапии на фоне цисплатина СОД 50–66 Гр.

В нашем отделении с помощью представленной методики было пролечено 19 пациентов с раком гортани IVA стадии. Проводилась оценка общей и безрецидивной выживаемости. Для оценки результатов рассматривались 2 контрольные группы пациентов с местно-распространенным раком гортани. Первую группу составили 84 пациента, получавших лечение по стандартной схеме (ларингэктомия с последующей химиолучевой терапией). Вторая контрольная группа была сформирована из 136 пациентов, прошедших химиолучевое лечение без хирургического этапа.

Результаты. В исследуемой группе общая 3-летняя выживаемость составила 89,5 %, безрецидивная выживаемость — 84,2 %. Общая 3-летняя выживаемость в первой контрольной группе составила 37 %, безрецидивная 3-летняя выживаемость — 26,2 %. Во второй контрольной группе — 30,9 и 17,7 % соответственно.

Выводы. По результатам исследования говорить о статистически достоверной разнице между сравниваемыми группами невозможно в связи с малым объемом исследуемой группы, но имеется тенденция к схожим результатам общей и безрецидивной выживаемости при значительно лучшем качестве жизни.

МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Рябов В.Е.

ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», г. Краснодар
E-mail: rev7512@mail.ru

Актуальность. Коронавирусная болезнь 2019 г. (COVID-19) — пандемия нового тысячелетия. COVID-19 может вызвать как легочное, так и системное воспаление, потенциально определяя полиорганную дисфункцию. Данные о взаимосвязи между COVID-19 и щитовидной железой (ЩЖ) появляются с марта 2020 г. Щитовидная железа, вирусная инфекция и связанные с ней воспалительно-иммунные реакции, как известно, участвуют в сложном взаимодействии. Наиболее часто встречаемым аутоиммунным заболеванием является хронический аутоиммунный тиреоидит (АИТ) (хронический лимфоцитарный тиреоидит, тиреоидит Хашимото). Медуллярный рак щитовидной железы (МРЩЖ) обнаруживают в виде узелка ЩЖ. На момент постановки диагноза часто выявляются шейные лимфатические узлы и отдаленные метастазы. Развитие аутоантител может быть частью более сложного защитного противоопухолевого механизма, целью которого является устранение предшественников будущих опухолевых клеток.

Цель. Демонстрация клинического случая диагностики МДРЩЖ после перенесенного COVID-19.

Описание клинического случая. Представляем клинический случай женщины 43 лет, переболевшей коронавирусной пневмонией (COVID-19), у которой был случайно обнаружен высокий уровень кальцитонина в сыворотке крови при плановом обследовании после выписки из стационара. В 2020 г. при плановом ультразвуковом исследовании (УЗИ) был обнаружен одиночный гипоехогенный узел небольших размеров диаметром до 10 мм. Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) ЩЖ с получением результата АИТ с умеренно выраженной пролиферацией эпителия. Всем пациентам независимо от структуры узла мы

назначаем анализ на кальцитонин. Уровень кальцитонина в сыворотке крови составлял 2 пг/мл, антител к пероксидазе — 250 МЕ/мл. Было рекомендовано наблюдение в динамике с контролем УЗИ ЩЖ через год. После перенесенного COVID-19 пациентка выполнила УЗИ ЩЖ и обнаружила рост узла в левой доле до 15 мм. Выполнена ТАБ ЩЖ: подозрение на МРЩЖ. Уровень кальцитонина составил 681 пг/мл. Это привело к своевременному обследованию и лечению метастатического рака.

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯЗЫКА

**Седаков И.Е., Чистяков А.А., Гончар А.Г.,
Ползиков Г.Н., Глазков А.И.**

Республиканский онкологический центр им. профессора
Г.В. Бондаря, г. Донецк
E-mail: arthurchistyakov@gmail.com

Введение. Заболеваемость раком органов полости рта и смертность от него в последние годы имеют тенденцию к росту во всем мире и в структуре онкопатологии составляют 2,3 %. Ежегодно у 90 тыс. человек впервые диагностируются опухоли данной локализации. Местные рецидивы после комбинированного и комплексного лечения возникают в 25–40 % случаев. Регионарные метастазы после комбинированного лечения развиваются у 40–75 % больных, а отдаленное метастазирование — у 15 %. Данная ситуация требует поиска новых эффективных подходов к диагностике и лечению больных раком органов полости рта.

Цель. Улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных раком языка за счет интраоперационной перевязки и катетеризации язычной артерии для проведения в дальнейшем селективной полихимиотерапии.

Материалы и методы. В Республиканском онкологическом центре им. проф. Г.В. Бондаря (РОЦ) разработана методика комплексного лечения злокачественных опухолей языка с применением селективной внутриартериальной полихимиотерапии (СВПХТ).

Лечение начинали с операции: шейной лимфодиссекции, перевязки и катетеризации язычной артерии, а затем выполняли половинную резекцию языка.

На 2-е сутки после операции начинали СВПХТ по схеме:

- 1) цисплатин 10 мг/м² в/а — 10 дней;
- 2) фторурацил 125 мг/м² в/а — 10 дней.

Таких циклов проводили 2 с интервалом 21 день. После окончания СВПХТ проводили лучевую терапию на ложе удаленной опухоли языка и регионарные лимфоузлы (РОД 2 Гр, СОД 40 Гр).

По данной методике в РОЦ пролечено 44 пациента, из них 15 женщин, 29 мужчин. Возраст пациентов — от 45 до 60 лет. Опухолевый процесс у всех пациентов соответствовал T2N1M0 (III ст.). Гистологически у всех пациентов — плоскоклеточный рак.

Результаты. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. После первого цикла СВПХТ отмечались осложнения: экстравазация катетера — у 2 (4,6 %) пациентов, нагноение послеоперационной раны на шее — у 4 (9,1 %), формирование оростомы — у 2 (4,6 %), некроз линии швов языка — у 3 (6,8 %) пациентов.

Безрецидивный период — 3 года. Безрецидивная выживаемость — 3 года.

Выводы. Разработанная методика позволяет снизить риск интраоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРИОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА РОТОГЛОТКИ

Седаков И.Е., Чистяков А.А., Степанов А.И.,
Ползиков Г.Н., Глазков А.И.

Республиканский онкологический центр им. профессора

Г.В. Бондаря, г. Донецк

E-mail: arthurchistyakov@gmail.com

Введение. Комплексное лечение рака ротоглотки 2–3 ст. в 50 % случаев не дает долгосрочных положительных результатов, развитие рецидивов или метастазирования проявляется через 8–16 мес.

Цель. Улучшение отдаленных результатов комплексного лечения рака ротоглотки с применением криохирургии.

Материалы и методы. Исследована группа пациентов с раком ротоглотки 2–3 ст. без регионарного метастазирования, которым после завершения комплексного химиолучевого лечения выполнена криодеструкция опухоли с захватом прилежащих анатомических структур. Уникальность метода заключается в его малоинвазивности, уменьшении интраоперационных и послеоперационных осложнений, снижении вероятности локального рецидива опухоли. Произведено 8 криодеструкций плоскоклеточной карциномы ротоглотки. В предоперационном периоде проводилась оценка эффективности проведенного лечения. Клинически определялось уменьшение опухолевой инфильтрации, без глубокого инвазивного опухолевого роста или поражения лимфатического аппарата шеи.

Результаты. Произведено 3 цикла криоаппликаций по типу «олимпийских колец» с разрушением опухоли и всей инфильтрированной опухолью слизистой оболочки вокруг на глубину аппликатора (1,5 см) и формирования «воронки» с частичным захватом здоровых тканей на расстоянии 1,0 см от края опухоли. При контрольном осмотре через 3 мес после операции форми-

ровался нежный келоидный рубец до 2,5–3,0 см в месте применения криоаппликатора, опухолевого роста выявлено не было. Слизистая оболочка вокруг рубца имела нормальный вид. В лимфатических узлах шеи и подчелюстной области изменений воспалительного или неопластического характера не определялось, опухолевого роста в проекции ротоглотки, лимфатического аппарата шеи и мягких тканей шеи не определялось. При контрольном осмотре через 6 мес рецидива опухоли в ротоглотке и метастазов в регионарные лимфатические узлы не выявлено. По данным СКТ через 6 мес в зоне оперативного вмешательства и окружающих мягких тканях опухолевого роста не выявлено.

Выводы. Предложенный метод оперативного лечения является достаточно эффективным, малоинвазивным и более абластичным, имеет достаточные основания для применения в хирургической практике, однако требует дальнейших исследований и оценки отдаленных результатов лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ СИНХРОННОГО РАКА ГОРТАНИ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА

Сербаева М.С.^{1,2}, Козина Ю.В.¹, Зуков Р.А.^{1,2}

¹КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», г. Красноярск;

²ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Минздрава России, г. Красноярск

E-mail: serbaeva94@mail.ru

Эпидемиология. Известно, что у пациентов с плоскоклеточным раком органов головы и шеи в 5–15 % случаев синхронно диагностируется плоскоклеточный рак пищевода, что в целом выше, чем в общей популяции. Рак пищевода у этой когорты пациентов ассоциирован с худшим прогнозом течения заболевания и неэффективностью стратегий лечения.

Клинический случай. Пациент Д., 61 год. Считает себя больным с января 2022 г., когда появились жалобы на боль при глотании. Дообследован в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере, по результатам фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) от 25.03.2022 — опухоль нижней трети пищевода, гистологическое заключение: плоскоклеточный неороговеваяющий рак, по ФЛС от 01.03.2022 — опухоль черпаловидного хряща справа с переходом на надсвязочный отдел, при фонации правая половина фиксирована, гистологическое заключение: плоскоклеточная карцинома. Под УЗИ-контролем пунктированы 2 лимфоузла средней трети шеи справа; цитограмма метастазов плоскоклеточного рака. Установлен диагноз ПМЗНО: 1) рак пищевода IIА ст. T2N0M0; 2) рак гортани III ст. T3N1M0. По решению врачебной комиссии от 22.03.2021

госпитализирован для проведения радикального курса химиолучевой терапии (ХЛТ).

07.04.2021 проведена КТ-топометрия: в области правой боковой и задней стенок гортани – образование без четких контуров, $35 \times 16 \times 33$ мм. Справа – шейные лимфоузлы до 13 мм.

С 07.04.2022 по 08.06.2022 проведен курс конформной дистанционной лучевой терапии на опухоль пищевода (РОД 1,8 Гр, СОД 54 Гр), опухоль гортани (РОД 2 Гр, СОД 70 Гр), пораженные лимфоузлы шеи (РОД 2 Гр, СОД 70 Гр), регионарные лимфоузлы (РОД 2 Гр, СОД 52 Гр) на ЛУЭ TrueBeam05, выполнено 2 введения цисплатина 100 мг/м^2 . Третье введение отменено в связи с лейкопенией 2-й степени, нейтропенией 2-й степени.

По результатам промежуточной МСКТ от 24.05.2022 зафиксирована положительная динамика: образование гортани $20 \times 14 \times 29$ мм (07.04.2022 $35 \times 16 \times 33$ мм). Справа – шейные лимфоузлы до 10 мм (07.04.2022 до 13 мм).

Находился под динамическим наблюдением в течение 6 мес, до 17.12.2022, когда по ФГДС гистологически подтвержден рецидив плоскоклеточного рака нижней трети пищевода.

Выводы. Дистанционная лучевая терапия – неотъемлемый этап в лечении ПМЗНО, улучшающий показатели общей и безрецидивной выживаемости, в особенности в группе пациентов неблагоприятного прогноза. Радикальный курс ХЛТ у пациентов с опухолями головы и шеи и пищевода должен рассматриваться как вариант лечения с приемлемым профилем токсичности и переносимости.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ. ОПЫТ ЦЕНТРА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ КАЗНИИ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ, г. АЛМАТЫ

Слонева Н.В., Кайбаров М.Е.

*Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан
E-mail: nina9202@mail.ru*

Актуальность. Актуальность темы не вызывает сомнения, поскольку на сегодняшний день пациентам с опухолями головы и шеи на III–IV стадиях заболевания в 60–70 % случаев проводятся объемные органосохраняющие операции, которые приводят к инвалидизации и снижению качества жизни. Восстановление деформированных тканей и органов всегда было актуальной медико-социальной проблемой человечества. Особенно сложными для функционального и косметического восстановления являются повреждения

головы и шеи. Учитывая это, задачи восстановления анатомо-функционального дефекта, возникающего в процессе противоопухолевого лечения злокачественных новообразований головы и шеи, решает реконструктивно-пластическая хирургия.

Цель. Освещение опыта реконструктивно-пластических операций, проводимых на базе центра опухолей головы и шеи (ЦОГиШ) КазНИИОиР, которые направлены на восстановление работоспособности органов, лучший эстетический эффект с минимальным риском отторжения пластического материала, увеличение продолжительности жизни, улучшение качества жизни. Такие операции позволяют восстановить питание, речь, глотание и другие жизненно важные функции.

Материалы и методы. В представленной работе освещаются опыт, этапы реконструктивно-пластических операций как первичных опухолей, так и после проведенного ранее комплексного и комбинированного лечения, результаты заживления послеоперационных ран после реконструктивных операций у пациентов со злокачественными опухолями головы и шеи, пролеченных на базе ЦОГиШ КазНИИОиР, г. Алматы в период с 2020 по 2022 г. Объектом исследования послужили 200 пациентов с опухолями головы и шеи, которым были проведены реконструктивно-пластические операции с использованием артеризированных кожно-мышечных, кожно-фасциальных лоскутов.

Результаты. Одномоментная реконструкция дефектов выполнена в 80 % случаев ($n = 160$), отсроченная – в 20 % случаев ($n = 40$). В 96,5 % случаев ($n = 193$) мы отмечали полное приживление тканей. Осложнений в виде тотального некроза лоскута не было, осложнение в виде краевого некроза отмечено у 3,5 % больных ($n = 7$). Развитие осложнений в послеоперационном периоде связано с бактериальной микрофлорой, тромбозом сосудистой ножки, локализацией и распространенностью опухолевого процесса. Реабилитация больных достигнута в 85 % случаев. При выборе пластического материала должны учитываться локализация, размеры дефектов, наличие сопутствующей патологии и возраст пациента.

Выводы. Полученные нами данные показывают, что реконструктивно-пластические операции не только улучшают функционально-косметические результаты лечения, но и способствуют достоверному повышению качества жизни.

АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГО-КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК РАКА РОТОГЛОТКИ

Степанова Л.Л., Тесленко Л.Г., Мурашко Р.А.

ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1»

Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

E-mail: steplarlo@yandex.ru

Актуальность. Рак ротоглотки (РР) – прогностически неблагоприятная патология, лечение которой является сложной медико-социальной проблемой. Для эффективности мероприятий по борьбе с РР необходимо понимать особенности региональной распространенности.

Цель. Проанализировать эпидемиолого-клинические характеристики РР среди населения Краснодарского края (КК), в том числе в динамике за 2002–2021 гг.

Материалы и методы. Объект – пациенты с впервые выявленным РР в КК за период 2002–2021 гг. На основе данных автоматизированной информационной системы «Популяционные раковые регистры РФ» проведен расчет заболеваемости, одногодичной летальности (ОЛ), распределения по стадиям, полу, возрасту, локализации и гистологии при РР.

Результаты. Заболеваемость выросла с 2002 до 2012 г. на 56 %, затем снизилась к 2021 г. на 17 %. РР стабильно чаще диагностируется у мужчин (86 и 87 % в 2002 и 2021 гг. соответственно). Показатель заболеваемости у мужчин в 5,7 раза выше, чем у женщин. Лица пожилого возраста составляют 63 %, пик заболеваемости приходится на возраст 60–69 лет.

Снизилась доля случаев, выявленных в IV стадии, – с 40 % в 2002 г. до 26 % в 2021 г. Однако с учетом III стадии запущенность составляет 84,5 %. Сохраняется низкой ранняя выявляемость (в 2021 г. – 12,2 %). ОЛ составляет почти половину выявленных больных (47 % в 2021 г.).

Доля случаев без уточнения локализации (C10.9) снизилась в 5,3 раза. В 2021 г. наиболее частыми локализациями являлись поражение более одной локализации (52,8 %), ямка надгортанника (13 %), боковой стенки (10,6 %).

Морфологическая верификация РР составляет 98 %, плоскоклеточный рак выявлен в 90 %. Значительно снизилась доля случаев (с 14,7 до 2,4 %), кодируемых как 8001/3, 8010/3, что не характеризует гистотип опухоли и ограничивает подбор терапии.

Выводы. Динамика показателя заболеваемости за 20 лет нестабильна, с тенденцией к снижению. РР чаще болеют пожилые мужчины. Снижение доли РР неуточненной локализации и без определенного гистотипа свидетельствует об улучшении уровня диагностики и учета онкопатологии. В течение года умирает почти половина впервые выявленных пациентов, что связано

с высоким уровнем запущенности. Первоочередные меры борьбы с РР включают обязательность к посещению и качественную работу смотровых кабинетов поликлиник, повышение онконастороженности врачей всех специальностей и уровней.

ЛОКАЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ И СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СОСТАВ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ РАКЕ РОТОГЛОТКИ

Стукань А.И.^{1,2,3}, Горяинова А.Ю.^{1,2}, Чухрай О.Ю.¹,
Максименко С.Д.¹, Цыган Н.А.¹, Порханов В.А.^{2,4},
Семиглазова Т.Ю.³

¹ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1»

Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар;

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар;

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург;

⁴ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского»

Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

E-mail: jolie86@bk.ru

Введение. Плоскоклеточный рак головы и шеи (ПРГШ) зачастую демонстрирует иммуносупрессивный тип микроокружения опухоли, несмотря на инфльтрацию опухоли иммунокомпетентными клетками, что влияет на результаты лечения и диктует необходимость поиска новых прогностических маркеров и мишеней терапии.

Цель. Поиск прогностических и предиктивных маркеров для индивидуализации лечения рака ротоглотки (РРГ) в зависимости от ВПЧ-статуса, пола и возраста.

Материалы и методы. В исследование с 2020 г. включено 65 p16-негативных (52 %) и 60 p16-позитивных (48 %) больных РРГ. У 86 пациентов оценены TILs, ИГХ-экспрессия CD4, CD8, CD68, CD163, CD20, PD-L1. Субпопуляционный состав иммунокомпетентных клеток оценен у 30 пациентов на проточном цитометре по связыванию с МКА к CD3+CD4+, CD3+CD8+, CD4+/CD8+, T-regs CD3+CD4+CD25+, CD3-CD19+, CD3+CD19-, NK-CD3-CD56, CD3+CD56+, CD+HLA-DR+. Статистический анализ выполнен в IBM SPSS Statistics v. 22.

Результаты. ВПЧ-позитивный (ВПЧ+) статус ассоциирован с раком небных миндалин (РНМ) ($p = 0,021$), более высоким уровнем (ВУ) TILs ($p = 0,007$), вероятно за счет Tregs ввиду связи с CD4+ TILs ($p = 0,007$). У женщин чаще РНМ ($p < 0,001$), более ВУ CD4+ TILs ($p = 0,021$) и CD8+ TILs ($p = 0,035$) и иммунорегуляторный индекс (ИРИ) CD4/CD8 ($p = 0,021$). У женщин

более ВУ PD-L1 (TPS) ($p = 0,009$) и CPS ($p = 0,018$). При CD4+ TILs <30 % более ВУ CPS и TPS ($p = 0,001$, $p = 0,005$ соответственно) и при CD68 <8,5 % ($p = 0,001$). N+ связано с ВУ CPS PD-L1. При ВПЧ+ РРГ более ВУ CD20+ В-ЛФ ($p = 0,02$) в группе моложе 55 лет, а CD4+ TILs ≥ 30 ассоциирован с более ВУ CD20 ($p = 0,002$). При ВПЧ+ более ВУ периферических CD3+CD19-Т-ЛФ ($p = 0,009$), за счет цитотоксических CD3+CD8+ Т-ЛФ на фоне более низкого ИРИ CD4+/CD8+ ($p = 0,043$). У женщин ВУ Т-ЛФ (CD3+CD19) $p = 0,009$ за счет CD3+CD4+ Т-хелперов ($p = 0,007$) без повышения уровня цитотоксических Т-ЛФ, что говорит о Th2-направленном иммунитете. При размере опухоли T1–2 более ВУ CD3+CD19-Т-ЛФ ($p = 0,013$) за счет CD3+CD8+Т-ЛФ ($p = 0,017$). При T3–4 – активация врожденного иммунного ответа с ВУ NK-клеток (CD3-CD56+) ($p = 0,01$).

Выводы. Состав компонентов иммунного микроокружения ОФПКР и тип иммуносупрессии зависят от p16-статуса, пола и возраста пациента. Очевидно существенное влияние факторов риска ПРГШ на подавление иммунного ответа, что необходимо учитывать при персонализации диагностики и терапии.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ткаченко Г.А.^{1,2}, Грушина Т.И.³, Подвязников С.О.^{4,5}, Алымов Ю.В.⁵

¹ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва;

²ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва;

³ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва;

⁴ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва;

⁵ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва
E-mail: mitg71@mail.ru

Актуальность. Постановка диагноза злокачественного новообразования, страх операции и возможных осложнений способствуют возникновению психологического дистресса у больных раком щитовидной железы (РЩЖ), который сохраняется в течение нескольких лет после завершения лечения.

Цель. Оценка эффективности психологического тренинга больных РЩЖ в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В исследование были включены 42 пациентки (средний возраст $44,5 \pm 1,1$ года) с РЩЖ T1–3N0–1M0 стадии, перенесшие гемитиреоидэктомию (23,8 %) или тиреоидэктомию (76,2 %). Они были случайным образом разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, стадии РЩЖ и виду оперативного вмешательства. В основную группу ($n = 24$) вошли больные, которым в послеоперационном периоде был проведен психологический тренинг, а в контрольную группу ($n = 18$) – больные, которые его не проходили. Психологический тренинг проводился в раннем послеоперационном периоде и включал 5 индивидуальных занятий по обучению больных навыкам саморегуляции. Продолжительность каждого занятия составила 60 мин, техники саморегуляции включали дыхательные и релаксационные упражнения. Психическое состояние больных оценивалось в динамике с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) до начала занятий и через 12 мес.

Результаты. Первичная диагностика по шкале HADS показала незначительное повышение уровня тревоги в обеих группах. Тестирование через 12 мес выявило статистически значимое снижение уровня тревоги у больных основной группы с $7,7 \pm 0,2$ до $6,3 \pm 0,2$ балла, т.е. до нормальных значений, а в контрольной группе, наоборот, его увеличение с $7,8 \pm 0,2$ до $9,2 \pm 0,2$ балла (t -критерий Стьюдента 5,17; $p = 0,000168$). В отдаленном периоде выявлены статистически значимые различия уровня тревоги между группами: $6,3 \pm 0,2$ и $9,0 \pm 0,2$ балла соответственно (t -критерий Стьюдента 9,55; $p < 0,05$). Субдепрессивное состояние изначально отмечалось у больных обеих групп: $7,9 \pm 0,1$ и $8,1 \pm 0,2$ балла соответственно (t -критерий Стьюдента 0,89; $p > 0,05$). При повторной диагностике несколько снижался уровень депрессии в обеих группах, однако он оставался в пределах средних показателей без статистически значимых различий между группами (t -критерий Стьюдента 1,34; $p > 0,05$).

Выводы. Проведенный в раннем послеоперационном периоде психологический тренинг с использованием техник саморегуляции нормализует уровень тревоги у больных РЩЖ и предотвращает его повышение в отдаленные сроки.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОГНОЗ РЕЦИДИВОВ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ КАРЦИНОМ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Тризна Н.М., Колядич Ж.В., Захарова В.А.,
Буков Я.Ф., Гаврильчик М.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»,
Республика Беларусь, Минский район, аг. Лесной
E-mail: yaroslavbukov1@gmail.com

Введение. Плоскоклеточные карциномы полости рта и ротоглотки (ПКППР) характеризуются высокой частотой рецидивирования (от 25 до 50 %). На прогноз заболевания, помимо стадии, p16/HPV-статуса, гистологического варианта и степени дифференцировки карциномы, влияют размер опухоли и глубина инвазии, наличие лимфоваскулярной и периневральной инвазии, инвазии костной ткани, статус лимфоузлов и статус краев резекции.

Цель. Изучить клиничко-морфологические особенности ПКППР и выявить прогностически значимые факторы развития рецидивов.

Материалы и методы. В исследование включены 95 пациентов, у которых зарегистрированы рецидивы ПКППР после ранее проведенного радикального лечения. Оценка морфологических признаков в гистологических препаратах биопсийного и операционного материала первичных и рецидивных опухолей, частоты p16/HPV-положительных карцином, определенных ИГХ- и ПЦР-методами ($n = 37$).

Результаты. Опухоли данной локализации морфологически характеризовались преимущественно гнездным (когезивным, WPOI-3) паттерном в группе первичных карцином или трабекулярным (некогезивным, WPOI-4) и дисперсным характером роста с наличием в единичных случаях опухолевых сателлитов (WPOI-5) в группе рецидивных опухолей. Выявлена корреляция таких морфологических параметров с доказанной прогностической значимостью, как наихудший паттерн инвазивного края (WPOI) и плотность опухолевых почечек между собой, а также со степенью дифференцировки опухоли, наличием периневральной и лимфоваскулярной инвазии, характером инвазии, наличием экстранодального распространения при метастатическом поражении лимфоузлов ($p < 0,05$). Установлено, что p16/HPV-положительные опухоли на этапе первичной диагностики характеризовались большей глубиной инвазии и меньшим размером первичной опухоли по сравнению с p16/HPV-негативными опухолями.

Выводы. Факторный анализ причин рецидивов и длительности локорегионарного ПКППР позволил определить клинически важные прогностические факторы: интервал времени от начала лечения первичной опухоли до возникновения первого рецидива, присут-

ствии когезивного паттерна инвазии (WPOI-3, Grade 2–3) в первичных опухолях, наличие дисперсного паттерна инвазии (WPOI-5) и лимфоваскулярной инвазии в рецидивных опухолях ($p < 0,05$). Медиана длительности локорегионарного контроля статистически значимо от анализируемых параметров не зависела ($p > 0,05$).

АНАЛИЗ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ТРАНСКРИПЦИОННЫХ ПАРАМЕТРОВ РАКА ПОЛОСТИ РТА

Федорова И.К., Кульбакин Д.Е., Колегова Е.С.

Научно-исследовательский институт онкологии ФГБНУ
«Томский национальный исследовательский медицинский
центр Российской академии наук», г. Томск
E-mail: irina_fedorova96@mail.ru

Цель. Выявить клиничко-морфологические критерии и транскрипционные маркеры риска рецидивирования рака полости рта.

Материалы и методы. В исследование включено 26 пациентов с плоскоклеточным раком полости рта T1–4N0–3M0 (I–VIa) стадий в возрасте 20–65 лет с отрицательным ВПЧ-статусом, проходивших комбинированное лечение на базе отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии ТНИМЦ за период с 2019 по 2021 г.

Результаты. За двухлетний период наблюдения прогрессирование отмечено у 6 (23,07 %) больных, 1 (16,6 %) из которых местный рецидив, метастазы в регионарные лимфоузлы шеи – в 5 (83,3 %) случаях. Летальный исход вследствие прогрессирования заболевания наблюдался у 4 (15,3 %) больных. При оценке местной распространенности отмечено, что опухоли стадии T3 прогрессировали в 3 (21 %) случаях, стадии T4 – в 3 (50 %), что значимо чаще по сравнению с опухолями стадии T1–2 ($p = 0,004$). При наличии пораженных лимфоузлов (N+) прогрессирование встречалось в 50 % случаев ($p = 0,004$). Степень дифференцировки и лимфоваскулярная и периневральная инвазия значимо не коррелировали с частотой прогрессирования ($p = 0,377$ и $p = 0,627$ соответственно).

Из общедоступной базы данных TCGA проведен биоинформационный анализ данных полнотранскриптомного секвенирования ткани опухоли 67 пациентов, по клиничко-морфологическим характеристикам сопоставимых с пациентами НИИ онкологии. Был выявлен ряд генов, изменение экспрессии которых может быть ассоциировано с возникновением рецидива рака полости рта: 6 генов с повышенной экспрессией – *SLC34A2*, *PIGR*, *MUC5B*, *HPRT1*, *RUSC1*, *SLC22A5*; и 7 генов со сниженной экспрессией – *AK5*, *NHLRC4*, *TNFRSF19*, *CD248*, *ST6GAL2*, *KCNK2*, *GASK1A*. Полученные данные планируется валидировать на исследуемой

группе пациентов НИИ онкологии ТНИМЦ и создать предсказательную модель оценки риска рецидивирования рака полости рта.

Выводы. Выявлены клиничко-морфологические критерии, связанные с риском развития рецидива рака полости рта: размер опухоли (T3, T4), наличие метастатических лимфатических узлов шеи (N1–N3). Выявлены гены, изменение экспрессии которых ассоциировано с прогрессированием рака полости рта.

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ГУБЫ ПО ДИФФЕНБАХУ

Чистяков А.А., Гончар А.Г., Ползиков Г.Н., Степанов А.И., Глазков А.И.

*Республиканский онкологический центр им. профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк
E-mail: arthurchistyakov@gmail.com*

Введение. Чаще всего рак губы развивается в 65–75 лет, 83,5 % – I и II стадия, 10,5 % – III и 5,5 % – IV стадия. У мужчин встречается в 3 раза чаще, чем у женщин. Основным вариантом лечения I–II стадии является хирургический. В раннем послеоперационном периоде возникают осложнения в виде воспалительных изменений в краях послеоперационной раны, прорезывания швов и расхождения лоскутов, что приводит к ухудшению качества жизни. Необходима разработка новых методик для предотвращения ранних послеоперационных осложнений у больных раком губы.

Цель. Разработать способ, позволяющий уменьшить натяжение лоскутов по линии соприкосновения после пластики по Диффенбаху.

Материалы и методы. В исследование вошли пациенты ($n = 21$) с плоскоклеточным раком нижней губы (T1, T2) 55–70 лет, в среднем 62,4 года, разделенные на 2 группы. Первая группа – пациенты, которым выполнялась прямоугольная резекция нижней губы с пластикой по Диффенбаху с наложением двух провизорных швов через все слои (кожа, подкожная клетчатка, мышечный слой, слизистая оболочка дна полости рта), начальной точкой которых является верхний край кожно-мышечного лоскута на 0,5 см ниже красной каймы губы, проходящей через все слои, и с конечной точкой фиксации швов, соответствующей нижнему краю лоскута по переходной складке губы, – 11 пациентов. Вторая группа – прямоугольная резекция нижней губы с пластикой по Диффенбаху без наложения провизорных швов – 10 пациентов. В обеих группах использовался рассасывающийся шовный материал. В послеоперационном периоде пациентам обеих групп проводилась стандартная антибактериальная и анальгезирующая терапия.

Результаты. В 1-й группе в раннем послеоперационном периоде у 1 (9,09 %) пациента появились воспалительные изменения в краях послеоперационной раны по линии соприкосновения лоскутов, прорезывание швов и расхождение краев раны. Во 2-й группе аналогичные осложнения выявлены у 4 (40 %) пациентов.

Выводы. Наложение провизорных швов после завершения пластики по Диффенбаху приводит к уменьшению натяжения лоскутов по линии соприкосновения, что позволяет избежать нарушения микроциркуляции, воспалительных изменений в краях послеоперационной раны по линии соприкосновения лоскутов, прорезывания швов и расхождения краев раны.

РАК РОТОГЛОТКИ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Шатохина А.С., Редин А.В., Чалый И.В.

*ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1»
Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар
E-mail: steplarleo@yandex.ru*

Введение. Лечение рака ротоглотки (РР) остается проблемой онкологии, уровень одногодичной летальности достигает 40 %, а расположение рядом с жизненно важными органами, их вовлечение в онкопроцесс ограничивают возможности хирургического лечения. При рецидиве опухоли и невозможности хирургического вмешательства пациентам проводится химиотерапия (ХТ). Перспективным является применение регуляторов иммунного ответа. По данным литературы, при назначении ниволумаба выявляется достоверный выигрыш в общей выживаемости у больных с экспрессией как при PD-L1 ≥ 1 %, так и при PD-L1 < 1 %.

Цель. Оценка результатов лечения пациента с распространенным РР с использованием ингибитора PD-1 ниволумаба (клинический случай).

Материалы и методы. Больной М., 45 лет, диагноз: рак ротоглотки с распространением в носоглотку, гортаноглотку, корень языка, дно полости рта, T4N1M0 IV стадия, II кл. гр. Проведено 3 курса ХТ по схеме цисплатин + фторурацил + цетуксимаб. КТ-контроль: отрицательная динамика – увеличение конгломератов из лимфоузлов. Определен PD-L-статус опухоли (PD-L1 CPS ≥ 5). Рекомендовано проведение иммунотерапии с применением ниволумаба.

Результаты. После 6 курсов ниволумаба выполнен КТ-контроль: положительная динамика (частичный ответ по критериям iRECIST 1.1) – формирование мягкотканного уплотнения фибротического характера в метастазируемых лимфоузлах, сокращение размеров шейных и подчелюстных лимфоузлов. После 12 курсов по данным КТ положительная динамика – по критериям

iRECIST 1.1 стабилизация заболевания. В настоящий момент пациент получил 31 введение ниволумаба. По данным КТ и критериям iRECIST 1.1 отмечается стабилизация процесса. На протяжении всего периода лечения отмечена удовлетворительная переносимость курсов введения, клинически значимой токсичности не определено.

Выводы. Описываемый клинический случай демонстрирует, что при распространенной стадии РР применение иммунотерапии обеспечило положительную динамику со стороны как основного процесса, так и лимфаденопатии. Ниволумаб – современный ингибитор PD-1-рецептора на поверхности цитотоксических Т-лимфоцитов, что приводит к реактивации противоопухолевого иммунного ответа. У пациента не было отмечено нежелательных иммуноопосредованных явлений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОРТАНИ

Шляга И.Д., Колядич Ж.В., Межейникова М.О.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь;

*ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Республика Беларусь, Минский район, аг. Лесной
E-mail: mmarina.89@mail.ru*

Введение. Предраковые заболевания – это патологический процесс, который обуславливает готовность ткани к злокачественной трансформации. Различают облигатные и факультативные предраковые заболевания [1, 2, 7, 8, 11, 14]. Облигатные – это процессы с высокой степенью вероятности развития малигнизации. Факультативные – могут подвергаться малигнизации, но значительно реже. Среди доброкачественных новообразований чаще подвергаются процессам озлокачествления такие опухоли, как папилломы, фибромы, фибропапилломы, дискератозы и значительно реже, с наименьшей степенью вероятности – опухолеподобные образования: полипы, гранулемы, кисты, инфильтраты [3, 9, 10, 13]. Во многих случаях развитию злокачественных процессов гортани предшествуют доброкачественные заболевания, длящиеся многие месяцы, а иногда и годы, к которым относится и хронический гиперпластический ларингит [4, 5, 6, 11, 15]. Хронический гиперпластический ларингит – воспалительное заболевание, одна из форм хронического ларингита, проявляющаяся в виде диффузной или ограниченной гиперплазии (утолщения, разрастания) слизистой оболочки гортани. Для рака гортани (РГ), как и для большинства злокачественных новообразований, на сегодняшний день крайне актуальной оста-

ется задача ранней и своевременной диагностики заболевания [12, 13].

Цель. Осветить современные подходы к диагностике пациентов с предраковыми заболеваниями гортани на примере пациентов Добрушского района Гомельской области.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили 47 пациентов Добрушского района Гомельской области (46 мужчин и 1 женщина в возрасте от 39 до 81 года), у которых был выявлен и морфологически подтвержден РГ. Методами исследования были осмотр врача-оториноларинголога, анкетирование живых на 1 октября 2021 г. пациентов и анализ данных всех пациентов.

Результаты. Доля случаев РГ I–II стадии составила 61 %, III–IV стадии – 39 %. Лучевая или химиолучевая терапия была использована как первичный метод лечения у 83 % пациентов. Онкоспецифическая 5-летняя выживаемость при I стадии составила 91 % (SE 9 %), при каждой последующей стадии – меньше на 30 %. Все пациенты с IV стадией умерли от основного заболевания в течение 2 лет после установления диагноза. Все пациенты имели жалобы на ком или инородное тело в горле, охриплость различной степени выраженности, 96 % – на кашель. Длительность заболевания до обращения к врачу составила от 1 до 30 мес (медиана 17,5 мес, нижний и верхний квартили 10–24 мес). 14 (29 %) пациентов состояли на учете у терапевта, эндокринолога, хирурга, невролога, травматолога, причем 9 человек наблюдались более чем у 1 специалиста.

Выводы. В результате исследования выявлены причины поздней диагностики РГ: несвоевременное обращение пациентов к врачу вследствие недостаточной информированности относительно симптомов заболевания и преимуществ его выявления в ранних стадиях, отсутствие или формальное проведение профосмотров, отсутствие или недостаточная настороженность врачей различных специальностей (не оториноларингологов) относительно симптоматики рака гортани.

Литература

1. Key statistics about laryngeal and hypopharyngeal cancers [Electronic resource]. 2018. Mode of access: <https://www.cancer.org/cancer/laryngeal-and-hypopharyngeal-cancer/about/key-statistics.html>.
2. Колядич Ж.В. Динамика заболеваемости раком гортани в Республике Беларусь в 2000–2019 гг. Оториноларингология. Восточная Европа 2019;10(3): 245–57. DOI: 10.34883/PI. 2020.10.3.048
3. Deng Y., Wang M., Zhou L. et al. Global burden of larynx cancer, 1990–2017: estimates from the global burden of disease 2017 study. Aging (Albany NY) 2020;12(3):2545–83. DOI: 10.18632/aging.102762
4. Steuer C.E., El-Deiry M., Parks J.R. et al. An update on larynx cancer. CA Cancer J Clin 2017;67:31–50. DOI: 10.3322/caac.21386.

5. Иванов С.А., Шляга И.Д., Грабарева Г.Л. Злокачественные опухоли ЛОР-органов в Гомельской области: характеристика контингента заболевших в 1998–2012 гг. Проблемы здоровья и экологии 2016;(3):85–91.
6. Татчихин В.В., Шляга И.Д., Медведева Е.П. Рак гортани, гортаноглотки и корня языка. Гомель, 2008. 224 с.
7. Океанов А.Е. и др. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016). Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2017. 286 с.
8. Океанов А.Е. и др. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2009–2018 гг. Под ред. О.Г. Суконко. Минск: Национальная библиотека Беларуси, 2019. 442 с.
9. Obid R., Redlich M., Tomeh C. The treatment of laryngeal cancer. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2019;31(1):1–11.
10. Кожанов А.Л. Современные аспекты лечения и реабилитации больных при раке гортани. Опухоли головы и шеи 2016;6:17–25.
11. Hashim D., Genden E., Posner M. et al. Head and neck cancer prevention: from primary prevention to impact of clinicians on reducing burden. Ann Oncol 2019;30:744–56. doi: 10.1093/annonc/mdz084
12. Ланг Т.А., Сесик М. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов. Перевод с англ. под ред. В.П. Леонова. М.: Практическая медицина, 2011. 480 с.
13. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований: клинический протокол. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Минск: Профессиональные издания, 2019. 616 с.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТОТАЛЬНЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛОСКУТОВ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ

Штин В.И., Чойнзонов Е.Ц., Новиков В.А.

*Научно-исследовательский институт онкологии ФГБНУ
«Томский национальный исследовательский медицинский
центр Российской академии наук», г. Томск
E-mail: shinv@mail.ru*

Введение. Наружный нос несет важнейшую функцию идентификации личности в социуме. Именно

поэтому любые косметические дефекты носа неизбежно становятся тяжелейшим психотравмирующим фактором независимо от пола и возраста пациента. Соответственно при резекции костной, хрящевой или любой из других структур, несущих на себе опору, перед хирургом стоит большой вопрос о выборе метода реконструкции данного дефекта.

Цель. Разработать методику восстановления тотальных и комбинированных дефектов наружного носа.

Материалы и методы. В НИИ онкологии Томского НИМЦ разработана методика восстановления тотальных дефектов наружного носа с применением лоскутов на питающей ножке. В исследование вошли 20 пациентов с местно-распространенным опухолевым процессом наружного носа (Т3–4N0–1M0), из которых женщин было 3, мужчин – 17. Метод заключается в реконструкции носа с помощью 3 полнослойных лоскутов. После тотального удаления наружного носа выкраивали два лоскута из носогубных складок, которые перемещали в проекцию дефекта кожей внутрь и сшивали между собой и с остатками слизистой дна полости носа. Данные лоскуты используют для одновременного образования 2 крыльев носа и перегородки носа путем помещения между ними реберного аутохряща. После этого выкраивали лоскут со лба и формировали из него ткани наружного носа.

Результаты. При видеоэндоскопическом сопровождении процессы заживления в полости носа в послеоперационном периоде протекали без особенностей и признаков воспаления. Заживление проходило первичным натяжением. Случаев некроза, венозной недостаточности лоскутов или расхождения швов не установлено. В одном случае был выявлен рецидив опухоли, потребовавший дополнительного вмешательства. Через год наблюдалось сокращение объема лоскутов не более чем на 20 %, что с учетом избыточности первоначальных лоскутов позволяло добиться удовлетворительных косметических результатов и полноценного носового дыхания.

Выводы. Восстановление наружного носа с использованием 3 полнослойных лоскутов у больных со злокачественными новообразованиями кожи носа позволяет добиться стабильных косметических результатов при незначительном количестве осложнений и низкой склонности к последующей деформации лоскутов.

