

TUMORS



МАТЕРИАЛЫ X ЕЖЕГОДНОГО КОНГРЕССА

РОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО ОПУХОЛЯМ ГОЛОВЫ И ШЕИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

2024

HEAD
and NECK
TUMORS



МАТЕРИАЛЫ

X Ежегодного конгресса

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

29–30 марта 2024 г.

Москва

Содержание

<i>Азовская Д. Ю., Кульбакин Д. Е., Чойнзонов Е. Л.</i> Виртуальное хирургическое планирование при выполнении отсроченных реконструкций больным со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области	4
<i>Алибейли Н. Г., Амралиев Н. М.</i> Реконструктивные операции при лечении больных местно-распространенным плоскоклеточным раком головы и шеи	4
<i>Алиева С. Б., Кропотов М. А., Задеренко И. А., Мудунов А. М.</i> Сравнительная оценка хирургического метода и химиолучевой терапии при ранних стадиях плоскоклеточного рака гортани	8
<i>Амергулов И. И., Павлова М. Г., Сыч Ю. П., Калиновская Е. Г., Дзюба А. С.</i> Структурные и функциональные нарушения щитовидной железы после краниоспинального облучения по поводу злокачественных опухолей головного мозга	8
<i>Бегун И. В., Папкевич И. И., Тарасевич Р. А., Шутова А. А.</i> Специализированный веб-ресурс, ориентированный на ультразвуковую диагностику, предоставляет отдельный раздел, посвященный опухолям в области головы и шеи у детей	9
<i>Бойко А. А., Карпенко А. В., Сибгатуллин Р. Р., Николаева О. М., Левченко Е. О., Кучеренко А. С.</i> Использование жировых графтов для устранения дефектов при проведении операций на околоушных железах	9
<i>Буканова Н. Ю., Новожилова Е. Н., Ахтырская Е. Г., Немкова М. С.</i> Коррекционно-логопедическая работа с пациентами, перенесшими операции по резекции языка	10
<i>Васильев Д. Н., Кульбакин Д. Е., Чойнзонов Е. Л., Авдеев С. В., Азовская Д. Ю., Ли А. А.</i> Опыт применения углеводной нагрузки и даларгина при оперативном вмешательстве на опухолях орофарингеальной области	11
<i>Гарев А. В.</i> Микрохирургическая реконструкция при рецидиве рака полости рта: использование второго свободного лоскута	12
<i>Голубев П. В., Болотина Л. В., Геворков А. Р., Дешкина Т. И.</i> Дезэскалация индукционной химиотерапии в комбинированном лечении местно-распространенного ВПЧ-положительного рака ротоглотки. Результаты собственного проспективного исследования	12
<i>Гузь А. О.</i> Рецидив рака гортани после резекции. Почему и что дальше?	13
<i>Дальжинов В. М.</i> Результаты протезирования голоса при раке гортани	13
<i>Дальжинов В. М.</i> Результаты функциональной эндоскопической хирургии при инвертированном папилломатозе гортани	14
<i>Долдова В. С., Меркулова Е. П., Еременко Ю. Е., Васенкова Е. И., Андрианова Т. Д.</i> Объективный анализ голоса у детей с кондуктивной тугоухостью	14
<i>Егорин А. А., Вонтля Д. М., Костоев Н. А., Зеленина А. В.</i> Микрососудистая реконструкция хирургических дефектов органов головы и шеи, оценка структуры осложнений	15
<i>Енгибарян М. А., Комарова Е. Ю., Волкова В. Л., Чертова Н. А., Ульянова Ю. В., Комарова Е. Ф.</i> Непосредственные результаты лечения первичного местно-распространенного рака слизистой оболочки полости рта с использованием интраоперационной фотодинамической терапии	15

<i>Жихарев В.А., Степанов И.В., Ольшанский М.С.</i> Целесообразность переподготовки в онкологии врачей — челюстно-лицевых хирургов с базовым стоматологическим образованием	16
<i>Иванов С.А., Хоров О.Г.</i> «Онкологические» дефекты наружного носа в Гомельской области Беларуси	16
<i>Керимова Н.В., Амиралиев Н.М.</i> Органосохраняющая операция после неудачной лучевой терапии рака гортани	17
<i>Колчанов Г.М., Алексеева Д.А.</i> Современные алгоритмы микрохирургической реконструкции нижней челюсти	17
<i>Кондратович В.А., Леонова Т.А., Жуковец А.Г.</i> Прогностические факторы, влияющие на опухоль-специфическую выживаемость у пациентов с медулярным раком щитовидной железы в Беларуси	18
<i>Кочурова Е.В., Решетов И.В.</i> Роль стоматологического здоровья в профилактике опухолевых заболеваний слизистой оболочки полости рта	18
<i>Кузьмин Е.Н.</i> Отдаленные результаты восстановления голосовой функции у пациентов после комбинированного лечения по поводу рака гортани	19
<i>Кузьмин Е.Н., Белопольская Е.С.</i> Анализ чувствительности к антибактериальным препаратам ключевых возбудителей для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений у пациентов с опухолями орофарингеальной зоны	20
<i>Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Азовская Д.Ю., Федорова И.К.</i> Хирургический этап с реконструктивным компонентом у больных опухолями полости носа и околоносовых пазух	20
<i>Магомед-Эминов М.Ш., Уклонская Д.В., Зборовская Ю.М.</i> Динамика реабилитационной мотивации пациентов в процессе восстановления речевой функции после хирургического лечения опухолей головы и шеи	21
<i>Маклакова Т.П., Рыженкова Е.М., Каширина Е.П., Черданцева П.А., Королева Ю.Б., Хохлов К.С.</i> К вопросу о диагностике первичного гиперпаратиреоза	21
<i>Мамедов И.Я., Фейдоров И. Ю.</i> Результаты хирургического лечения хемодектом шеи	22
<i>Махонин А.А., Бондаренко М.М., Каганов О.И., Алексеева А.В.</i> Использование дермально-эпидермального заменителя для закрытия обширных пострезекционных дефектов кожи и мягких тканей в онкохирургии головы и шеи: ретроспективное исследование 26 последовательных случаев	23
<i>Мовергоз С.В., Андаров А.А., Горин Д.И., Гасникова А.К.</i> Случай успешной эндоларингеальной резекции по поводу местно-распространенного рака гортани	23
<i>Мозерова Е.Я., Ложков А.А., Пинчук А.Б., Ростовцев Д.М., Сарычева М.М.</i> Возможности стереотаксической лучевой терапии при рецидивах опухолей головы и шеи	24
<i>Морозова Н.А., Колядич Ж.В.</i> Сравнительный анализ результатов хирургического лечения синоназальной инвертированной папилломы	24

<i>Мусин Ш.И., Султанбаев А.В., Меньшиков К.В., Осокин С.В., Ильин В.В., Шарафутдинова Н.А., Баймуратов Т.Р., Насретдинов А.Ф.</i> Результаты применения ревааскуляризованных лоскутов у пациентов с раком полости рта после неoadьювантной химиотерапии	25
<i>Набиева Г.В.</i> Оценка частоты развития послеоперационной гипокальциемии в зависимости от объема операции на щитовидной железе	26
<i>Нишонбоев Л.С., Хасанов А.И., Шукуров З.И., Юсупбеков Ах.А., Абдикаримов А.Х.</i> Хирургическое лечение парафарингеальных опухолей, исходящих из слюнных желез	26
<i>Панасейкин Ю.А., Капинус В.Н., Филоненко Е.В., Полькин В.В., Севрюков Ф.Е., Исаев П.А., Иванов С.А., Каприн А.Д.</i> Лечение плоскоклеточного рака полости рта при помощи фотодинамической терапии	27
<i>Прокофьева А.А., Яременко А.И., Лысенко А.В.</i> Применение комбинированных персонифицированных масок с адгезионным гелем для контактной лучевой терапии пациентам со злокачественными новообразованиями кожи челюстно-лицевой области	27
<i>Пышкина Ю.С., Михеев В.А., Сапожников В.А.</i> Эффективность стереотаксической радиохирургии метастазов в головной мозг	28
<i>Рудык А.Н., Хамитов М.Р., Хамидуллин Р.Г.</i> Вопросы диагностики и лечения редких опухолей гортани и глотки: трансоральная лазерная микрохирургия	29
<i>Рустамзаде М.А., Амиралиев Н.М.</i> Профилактическая шейная диссекция при плоскоклеточном раке нижней губы	29
<i>Севрюков Ф.Е., Полькин В.В., Панасейкин Ю.А., Сигов М.А., Зибиров Р.Ф.</i> Опыт биопсии сторожевого лимфатического узла при плоскоклеточном раке слизистой оболочки полости рта cT1–2N0M0	30
<i>Сельский Н.Е., Коротик И.О.</i> Альтернативные способы реконструкции челюстно-лицевой области с использованием эктопротезов лица	30
<i>Сельский Н.Е., Коротик И.О., Мусин Ш.И.</i> Реабилитация пациентов после максиллэктомии	31
<i>Скопин А.С., Зайцев М.Б., Захаркина Т.В., Носов Т.А., Григорьев А.В.</i> Первый опыт использования слизисто-мышечного лоскута на лицевых сосудах для реконструкции дефектов полости рта в Рязанской области	32
<i>Соколова М.И., Вонтлая Д.М., Гузь А.О.</i> Роль трансоральных микрохирургических и видеоассистированных резекций в диагностике рака ротоглотки у пациентов с метастазами в лимфоузлы шеи без выявленного первичного очага	32
<i>Спирин П.И., Полькин В.В., Голубев К.А., Гулидов И.А.</i> Клинический случай лечения местно-распространенного рака решетчатого лабиринта	33
<i>Стукань А.И., Кутукова С.И., Порханов В.А., Бодня В.Н., Семглазова Т.Ю., Нефедова Е.А., Асеева И.И.</i> Показатели периферической крови в персонализации химиотаргетной терапии с цетуксимабом при плоскоклеточном раке органов головы и шеи	34
<i>Судаков А.И., Куликов Е.П., Судаков И.Б., Антипова Е.С.</i> Клинический случай применения лучевой терапии при радикальном лечении местно-распространенного рака губы	34

<i>Тризна Н. М., Колядич Ж. В.</i> Эффективность реализации программ по раннему выявлению опухолей головы и шеи в Республике Беларусь.	35
<i>Фаткуллин Д. М.</i> Начальные стадии рака полости рта: реконструкция или нет?	35
<i>Фролова А. А., Петриков А. С., Гликенфрейд Г. М., Вихлянов И. В.</i> Лечение рака гортани III–IV стадии в Алтайском крае	36
<i>Шейко А. В.</i> Влияние объема лучевой терапии и факторов прогноза на результаты лечения метастазов плоскоклеточного рака в лимфатических узлах шеи без выявленного первичного очага.	37
<i>Штин В. И., Новиков В. А., Чойнзонов Е. Ц., Меньшиков К. Ю., Черемисина О. В.</i> Лечение и реабилитация пациентов с карциномами полости носа и околоносовых пазух	38
<i>Якушева А. С., Ильин А. А., Беспалов П. Д., Польшкин В. В.</i> Эффективность трепан-биопсии под УЗИ-навигацией при диагностике опухолей щитовидной железы.	39

ВИРТУАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОТСРОЧЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ БОЛЬНЫМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Азовская Д.Ю., Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л.
Научно-исследовательский институт онкологии ФГБУ
«Томский национальный исследовательский медицинский
центр Российской академии наук», г. Томск
E-mail: daria.eg.daria@gmail.com

Актуальность. Несмотря на доминирующую тенденцию одномоментного устранения дефектов у пациентов с опухолями челюстно-лицевой области, существует контингент больных с дефектами, подлежащими отсроченным реконструктивным операциям. Реконструктивно-восстановительное лечение данной категории больных является сложной проблемой.

Цель. Оценка роли и эффективности планирования отсроченных реконструктивно-пластических операций у больных злокачественными опухолями челюстно-лицевой области с применением аддитивных технологий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 68 пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области (полость рта и верхняя челюсть) T2–4aN0–2M0, которым выполнен реконструктивно-пластический этап с использованием свободных ревааскуляризованных лоскутов. Большинство пациентов были мужчины (64 %), средний возраст больных составил 53 года (диапазон 27–73 лет), лечение проводилось в период с 2009 по 2023 г. Больные были разделены на 2 группы по 34 человека: первичное и отсроченное выполнение реконструктивно-пластического этапа. Выполнялось устранение дефектов верхней и нижней челюсти с применением аддитивных технологий (VSP – виртуальное хирургическое планирование) в 28,1 % случаев. В обеих группах в качестве реконструктивного материала чаще всего (67 %) использовались костные/кожно-костные лоскуты. Учитывались факт проведения специализированного лечения в анамнезе, наличие послеоперационных осложнений, функциональные и эстетические результаты реконструкции.

Результаты. Анализ КТ-изображений показал, что пациенты, которым проводились реконструкции с применением VSP, продемонстрировали лучшие эстетические результаты по сравнению с пациентами без применения аддитивных технологий. При повышении класса вертикального дефекта по J. Brown (от II до IV) происходит снижение частоты полной реабилитации с 83,3 до 57,1 %, также прослеживается снижение частоты достигнутой реабилитации при нарастании степени сложности дефектов нижней челюсти. Уровень

функциональной и косметической реабилитации больных проанализирован в зависимости от класса дефектов верхней и нижней челюсти по J. Brown (2010, 2016), а также от степени сложности дефекта по А.П. Полякову (2017) и характера опухолевого процесса. Результаты отсроченных реконструкций были хуже по сравнению с пациентами, которым выполнялся одномоментный реконструктивный этап.

Выводы. VSP имеет неоспоримые преимущества при выполнении отсроченной реконструкции по сравнению с традиционными методами. Функциональный и эстетический результаты лучше при выполнении реконструкции верхней челюсти, чем при выполнении реконструкции нижней челюсти, что обусловлено нарушением биомеханики нижней челюсти и сложностью ее восстановления вследствие проведенного специализированного лечения.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Алибейли Н.Г., Амиралиев Н.М.
Онкологическая клиника Азербайджанского медицинского
университета, г. Баку, Азербайджанская Республика
E-mail: ulker-madatova@mail.ru

Актуальность. Методом выбора при лечении больных местно-распространенным раком кожи головы и шеи является хирургический. Однако радикальное удаление опухоли приводит к образованию больших дефектов, что наряду с эстетическими изъянами нередко становится причиной функциональных нарушений. Поэтому основным решением этой проблемы является применение реконструктивно-пластических операций.

Цель. Повышение эффективности хирургического лечения и изучение качества жизни больных местно-распространенным раком кожи головы и шеи.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения местно-распространенного первичного и рецидивного плоскоклеточного рака кожи головы и шеи у 83 больных с применением реконструктивно-пластических операций. Для замещения дефектов после удаления опухоли использована пластика следующими видами лоскутов: свободный полнослойный кожный лоскут – у 9, кожно-жировые и кожно-фасциальные лоскуты – у 53, кожно-мышечные лоскуты – у 10, комбинированная пластика – у 11 пациентов.

Результаты. Заживление раны первичным натяжением наблюдалось у 50 (60,2 %) пациентов. У 33 (39,8 %) больных отмечены местные осложнения. Среди них воспаление и нагноение раны – у 11 (33,3 %), трофические

нарушения — у 13 (39,4 %), частичный некроз лоскута — у 7 (21,2 %), полный некроз лоскута — у 2 (6,1 %). Частота рецидивов опухолей после операции составила 21,7 %, 5-летняя выживаемость — 74,7 %.

Выводы. Таким образом, ведущим компонентом лечения больных местно-распространенным плоскоклеточным раком кожи головы и шеи является оперативное вмешательство с одновременным устранением послеоперационного дефекта одним из вариантов реконструкции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА И ХИМИЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОРТАНИ

Алиева С.Б., Кропотов М.А., Задеренко И.А.,
Мудунов А.М.

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

Актуальность. Выбор метода лечения при ранних стадиях рака гортани до сих пор остается спорным вопросом с точки зрения терапевтического воздействия на опухоль в отношении эффективности и сохранения наилучшей голосовой функции, а отсутствие рандомизированных исследований основывает выбор на таких факторах, как предпочтение пациента, доступность и опыт учреждения.

Цель. Оценить эффективность хирургического и лучевого методов у больных ранним плоскоклеточным раком гортани.

Материалы и методы. В ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» с 2008 по 2022 г. были пролечены 273 пациента с плоскоклеточным раком гортани стадии T1–2N0M0. Больные были распределены на 2 группы: 1-я группа (97 больных) получала химиолучевую терапию (ХЛТ), 2-я группа (176 больных) — хирургическое лечение в виде трансоральной лазерной резекции или хордэктомии.

Результаты. Обе группы были сопоставимы по возрасту, локализации, морфологической характеристике опухоли, но отличались по распространенности. В группе ХЛТ преобладали пациенты со II стадией (71 %), в группе хирургического лечения — с I стадией (77 %). Рецидивы заболевания выявлены у 18 (18 %) пациентов в группе ХЛТ и у 36 (20 %) в группе хирургического лечения. Между двумя группами не было существенной разницы ($p = 0,114$). Общий уровень смертности составил 18 % в обеих группах, при этом сохранить гортань удалось у 96,5 % больных после хирургического лечения против 90,7 % в группе ХЛТ. Пять лет и более среди всей изучаемой группы больных

(273 пациента) прожили 75 ± 10 %, в 1-й группе — $59,9 \pm 10$ %, во 2-й группе — $13,8 \pm 12,5$ % соответственно.

Выводы. Полученные результаты лечения свидетельствуют о высоких противоопухолевых возможностях таксотера (в сочетании с 5-фторурацилом, цисплатином и карбоплатином) в комплексном химиолучевом лечении местно-распространенного плоскоклеточного рака рото-гортаноглотки и полости рта.

СТРУКТУРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ КРАНИОСПИНАЛЬНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Амергулов И.И., Павлова М.Г., Сыч Ю.П.,
Калиновская Е.Г., Дзюба А.С.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва
E-mail: ilya_a94@mail.ru

Актуальность. Злокачественные новообразования головного мозга (ЗНО ГМ) чаще встречаются у детей. Выживаемость пациентов с ЗНО ГМ в последнее время увеличилась в связи с совершенствованием методов лечения. Вместе с этим увеличилась и частота осложнений этих методов лечения, одними из которых являются структурные и функциональные нарушения щитовидной железы (ЩЖ).

Цель. Оценить частоту развития структурных и функциональных нарушений ЩЖ не менее чем через 5 лет после лечения ЗНО ГМ.

Материалы и методы. В исследование были включены 33 пациента, из них 10 пациентов получили краниоспинальное облучение (КСО) после 18 лет (4 мужчины, 6 женщин, медиана (Ме) возраста на момент обследования 36 лет) и 23 пациента получили КСО до 18 лет (8 юношей, 15 девушек, Ме 24 года). Также были обследованы 36 человек контрольной группы: 20 человек в возрасте 19–30 лет (Ме 27 год) и 16 человек в возрасте 32–45 лет (Ме 39 лет).

Результаты. В группе пациентов с КСО после 18 лет у 3 (30 %) было отмечено развитие гипотиреоза (вторичный и смешанный), что происходило через 1–2 года после КСО. После КСО до 18 лет гипотиреоз развился у 21 из 23 пациентов (91,3 %), происходило это через 2 мес — 16 лет (Ме 2,5 года). В 61,9 % случаев гипотиреоз был смешанным. При этом субклинический гипотиреоз диагностировался позже других форм гипотиреоза — через 5–16 лет (Ме 12 лет). В контрольной группе пациентов с Ме возраста 39 лет гипотиреоз (субклинический) наблюдался у 1 (6,25 %) пациента,

в контрольной группе с Me возраста 27 лет – у 2 (10 %) пациентов.

Болезнь Грейвса с тиреотоксикозом развилась у 2 пациентов через 1 и 4 года после КСО, проведенной после 18 лет, и лишь у 1 пациента через 3 года после КСО, проведенной до 18 лет.

Доброкачественные узловые образования ЩЖ были выявлены у 2 пациентов (в 1 случае – более 1 см) в группе КСО после 18 лет. Среди 23 пациентов, получивших КСО до 18 лет, у 7 были выявлены узлы, узел более 1 см – только у 1 пациентки. В 1 случае узел менее 1 см оказался папиллярным раком и был выявлен через 10 лет после КСО. В контрольной группе с Me возраста 27 лет очаговые изменения выявлены у 7 (35 %) пациентов, при Me 39 лет – у 10 (62,5 %) пациентов. При этом случаи узлов более 1 см были единичными.

Выводы. Выявлено увеличение частоты структурных (рак) и функциональных (как гипо-, так и гипертиреоза) нарушений ЩЖ после КСО. При проведении КСО до возраста 18 лет частота структурных и функциональных нарушений ЩЖ выше, чем при КСО после 18 лет.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ВЕБ-РЕСУРС, ОРИЕНТИРОВАННЫЙ НА УЛЬТРАЗВУКОВУЮ ДИАГНОСТИКУ, ПРЕДОСТАВЛЯЕТ ОТДЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ, ПОСВЯЩЕННЫЙ ОПУХОЛЯМ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ

**Бегун И.В., Папкевич И.И., Тарасевич Р.А.,
Шутова А.А.**

*ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии», г. Минск,
Республика Беларусь
E-mail: begun_igor@mail.ru*

Актуальность. В современной медицинской практике в процессе ультразвукового диагностического исследования, особенно на амбулаторно-поликлиническом уровне, в ряде случаев возникают сложности в дифференциальной диагностике опухолей и опухолеподобных состояний головы и шеи у детей, что, в свою очередь, приводит к увеличению времени диагностики и снижению эффективности первичного выявления злокачественных новообразований, а также к увеличению числа случаев поздней диагностики таких заболеваний.

Цель. Разработка обновляемого онлайн-ресурса, предоставляющего достоверную и актуальную медицинскую информацию по ультразвуковой диагностике опухолей и опухолеподобных процессов у детей, в том числе в разделе локализации «голова и шея».

Материалы и методы. Обзор медицинской литературы, сбор исследовательских данных, оформление

кейсов, профилирование информационной структуры, анализ конкурентных преимуществ, программирование веб-сайта, разработка контента, SEO-оптимизация.

Результаты. Создание уникального контента, а также реализация задач по формированию цифрового атласа ультразвуковых изображений верифицированных опухолей детского возраста. Кастомизированный инфоблок атласа «голова и шея» включает разделы: кисты; повреждение кивательной мышцы; воспалительные псевдоопухоли; новообразования глаза; новообразования слюнных желез; патология щитовидной железы; поражение лимфатических узлов; неорганические опухоли; сосудистые опухоли; сосудистые мальформации; разное. Контент предоставлен не только атласом, но и алгоритмами применения неинвазивных модальностей диагностического ультразвука. Для оценки динамики неопластического процесса разработан калькулятор, учитывающий кинетические параметры эмбриональной опухоли. Ресурс в виде сайта доступен в сети Интернет по адресу: www.Oncoscans.by. Уже на 2-м месяце после запуска отмечено увеличение трафика на сайте на 260 %. Сравнительный анализ показывает, что Oncoscans.by входит в тройку лучших в своей области.

Выводы. Специализированный веб-ресурс, ориентированный на ультразвуковую диагностику, включает специальный раздел, посвященный образованиям головы и шеи, предоставляющий дополнительные материалы в виде клинических наблюдений для специалистов. Прогнозируется, что расширение функциональности сайта и его масштабирование позволят повысить эффективность ультразвуковой диагностики опухолей и опухолеподобных процессов головы и шеи и снизить количество случаев запущенных форм злокачественных новообразований у детей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖИРОВЫХ ГРАФТОВ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ОКОЛОУШНЫХ ЖЕЛЕЗАХ

**Бойко А.А., Карпенко А.В., Сибгатуллин Р.Р.,
Николаева О.М., Левченко Е.О., Кучеренко А.С.**
*ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»,
г. Санкт-Петербург
E-mail: bojko_alex@inbox.ru*

Цель. Ретроспективный анализ применения жировых графтов для устранения дефектов при операциях на околоушных железах.

Материалы и методы. В наше исследование включено 7 пациентов (2 мужчины и 5 женщин), проходивших лечение в ГБУЗ «Ленинградский областной клинический онкологический диспансер им. Л.Д. Романа»

с 2021 по 2022 г. Средний возраст пациентов составил 49,7 года (42–64 лет), средний срок наблюдения – 20,4 мес (19–22 мес). Всем пациентам выполнены тотальные/субтотальные резекции околоушной железы, для закрытия дефекта мы использовали абдоминальный кожно-жировой графт. При гистологическом исследовании операционного материала в 5 случаях была выявлена плеоморфная аденома околоушной железы, в 2 – злокачественная опухоль (аденокистозная карцинома и базальноклеточная карцинома слюнных желез), что потребовало проведения адьювантной лучевой терапии в радикальных дозах. Для оценки эстетических и функциональных результатов в реципиентной и донорских областях нами был разработан и использован опросник.

Результаты. Через 6–8 мес после окончания лечения 5 пациентов заполнили опросники. Четыре человека указали на полную симметричность лица, 1 пациент – на среднее углубление. Три пациента не отметили никаких болевых ощущений в околоушной области, у 2 пациентов отмечался незначительный дискомфорт, который не вызывал каких-либо проблем. Только 1 респондент отметил покраснение лица при еде, которое не вызывало у него каких-либо проблем, остальные участники анкетирования данных изменений не обнаружили. Никто из участников анкетирования не отметил появления пота на лице при еде.

Выводы. Использование жировых графтов позволяет улучшить эстетические и функциональные результаты лечения у пациентов при операциях на околоушных железах. Данная методика достаточно проста в применении и не увеличивает значительно время оперативного вмешательства. Жировой графт не затрудняет отслеживание рецидивов заболевания.

КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОПЕРАЦИИ ПО РЕЗЕКЦИИ ЯЗЫКА

Буканова Н.Ю., Новожилова Е.Н., Ахтырская Е.Г., Немкова М.С.

*Московская городская онкологическая больница № 62,
Московская область, городской округ Красногорск,
пос. Истра
E-mail: margorsp@yandex.ru*

Актуальность. Лечение злокачественных опухолей языка представляет собой сложную и многогранную проблему, требующую мультидисциплинарного подхода. Качество жизни больных оценивается по степени сохранения функций резецированных органов головы и шеи. При проведении реабилитационных мероприятий функции самостоятельного питания, глотания и речи сохраняются и восстанавливаются у 92 % пациентов. Одним из важных разделов реабилитации явля-

ется логопедическая помощь, направленная на возвращение пациенту нарушенной коммуникативной функции, возможности понимания его собеседником. Органы речевого аппарата входят в структуру орофарингеальной зоны (области), в свою очередь они делятся на подвижные (язык, губы, нижняя челюсть, мягкое небо, щеки) и неподвижные (верхняя челюсть, твердое небо, зубы). Язык является одним из главных подвижных органов речи, без полноценного языка с точки зрения анатомии и физиологии невозможно четкое звукопроизношение. От локализации хирургического вмешательства зависит вид нарушения звукопроизношения. Возможность речевого общения пациентов после удаления или резекции языка зависит от объема операции, соматического и психического статуса, а также от технической возможности применения способов коррекции звукопроизношения. Приближенное к норме звукопроизношение возможно после резекции языка и удаления опухоли дна полости рта. Грубо нарушается произношение после экстирпации языка. Акустические особенности звуков речи, позволяющие отличать их друг от друга на слух, обусловлены особенностями их артикуляции.

Цель. Определить особенности логопедической работы при хирургическом лечении опухолей языка. Улучшить результаты речевой реабилитации у пациентов после хирургического и комбинированных методов лечения по поводу рака языка.

Материалы и методы. На базе отделения опухолей головы и шеи Московской городской онкологической больницы № 62 были выявлены пациенты с дефектами речи после резекции языка. Проводились логопедическое обследование, сбор анамнеза и беседа с пациентом мультидисциплинарной командой во главе с лечащим врачом. Визуальный осмотр состояния артикуляционного аппарата и изучение истории болезни помогали оценить объем оперативного вмешательства и состояние звукопроизношения пациента на момент обследования, а также составить индивидуальный план коррекционно-логопедической работы. Проводилась оценка функции глотания. Также была оценена дыхательная функция, в том числе фонационное и физиологическое дыхание. Необходимо было также принимать во внимание психологическое отношение пациента к данному дефекту звукопроизношения, его мотивацию и нацеленность на исправление и работу со специалистом.

Результаты. Нами была произведена оценка звукопроизношения, нарушения разборчивости речевого потока, состояния функции глотания, оценка собственной речи пациентом.

Необходимо было также оценить степень выраженности послеоперационных нарушений. Мы выделяем следующие степени выраженности речевых нарушений и нарушений функции глотания у пациентов данной группы:

- 1) нарушений не выявлено;
- 2) смазанность звукопроизношения в потоке речи, но произношение изолированных звуков сохранено, функции глотания не нарушены;
- 3) наличие выраженных нарушений звукопроизношения и функции глотания;
- 4) грубые нарушения речи и дисфагия.

В соответствии со степенью выраженности нарушения был разработан примерный план коррекционно-логопедической работы. На клиническом примере рассмотрим успешный опыт коррекционно-логопедической работы после операции по резекции языка.

Пациент П., 36 лет, обратился в клинику по поводу жалоб на незначительную боль на правой боковой поверхности языка, дискомфорт при приеме пищи и слюнотечение.

Проведенное консервативное лечение не привело к улучшению самочувствия, и после консилиума врачей (хирурга-онколога, радиолога и химиотерапевта) было рекомендовано хирургическое лечение.

Выполнена субтотальная глоссэктомия с реконструктивно-пластическим компонентом, а также резекция мышц дна полости рта.

После проведения данной операции у пациента значительно снизилась разборчивость речевого потока из-за грубых нарушений звукопроизношения, пациент общался, активно используя письменную речь. Также у пациента отмечалась дисфагия, выражающаяся в нарушении оральной фазы глотания — трудности формирования пищевого болюса. Пациент обратился за помощью в наше отделение. В случае пациента П. наблюдались именно грубые нарушения речи совместно с дисфагией. Были использованы такие методы работы, как постановка звуков, в том числе звуков раннего онтогенеза, работа по формированию направленного ротового выдоха, дифференциация звуков разных групп (губно-губные, губно-зубные, язычно-зубные), автоматизация полученных навыков, а также восстановление навыков глотания.

Выводы. Условиями успешной коррекционно-восстановительной логопедической работы являются когнитивная сохранность, вовлеченность пациента в процесс работы, раннее начало восстановительной работы, взаимосвязь с другими специалистами в составе мультидисциплинарной бригады, рекомендации лечащего врача.

Так как операция значительно влияет на психологическое состояние больного, из-за снижения качества коммуникации и возможных косметических дефектов необходима качественная до- и послеоперационная психотерапия. В нашем отделении проводятся занятия и беседы совместно с родственниками пациента, что значительно облегчает психологический статус последнего.

Результатом нашей работы должно быть и является восстановление речевой функции пациента, коммуни-

кативной функции, разборчивости речевого потока и восстановление функции глотания, повышение уровня жизни пациента, возврат к обычной социальной и трудовой жизни.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УГЛЕВОДНОЙ НАГРУЗКИ И ДАЛАРГИНА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ОПУХОЛЯХ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Васильев Д.Н., Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Авдеев С.В., Азовская Д.Ю., Ли А.А.

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

Актуальность. В настоящее время в значительной мере расширились показания к проведению хирургических вмешательств по поводу злокачественных новообразований орофарингеальной области. Однако ввиду высокой травматичности непосредственные и онкологические результаты подобных оперативных вмешательств при данной локализации опухоли до сих пор остаются предметом дискуссий.

Цель. Определить эффективность совместного использования углеводной нагрузки и даларгина при хирургическом вмешательстве на опухолях полости рта и ротоглотки.

Материалы и методы. В ходе работы обследовано 60 пациентов, по 30 человек в каждой из 2 групп, с операбельным раком орофарингеальной области, находившихся на лечении в НИИ онкологии Томского НИМЦ. Ведение пациентов контрольной группы проводилось согласно стандартизированному протоколу, в то время как пациенты основной группы за 12 ч до оперативного вмешательства получали 400 мл углеводного напитка, а за 2 ч до операции — еще 200 мл. Также в основной группе во время операции проводилась инфузия даларгина в дозировке 45–55 мкг/кг/ч. По окончании операции пациентам основной группы вводился 1 мг даларгина внутримышечно однократно.

Результаты. Произведенная оценка показала, что у некоторых пациентов обеих групп развивалось по одному или несколько осложнений. Так, общее количество осложнений в группе с использованием углеводной нагрузки и даларгина составило 19 (30 % от общего числа осложнений), в то время как в контрольной группе были зафиксированы 44 (70 %) осложнения. В основной группе значимо реже наблюдались осложнения класса Clavien–Dindo II — 2 (3,2 %), в контрольной группе — 12 (19 %), а также Clavien–Dindo IIIb — 3 (4,8 %), в контрольной группе — 10 (15,9 %).

Выводы. Таким образом, представленная методика периоперационного ведения пациентов является

безопасной и позволяет снизить количество послеоперационных осложнений у больных злокачественными новообразованиями полости рта и ротоглотки.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ РАКА ПОЛОСТИ РТА: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВТОРОГО СВОБОДНОГО ЛОСКУТА

Гарев А. В.

*ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии
и ядерной медицины», г. Челябинск
E-mail: surgeryart@ya.ru*

Актуальность. Использование микрохирургической реконструкции является «золотым стандартом» для реконструкции дефектов при раке полости рта. В результате этой тенденции наблюдается все больше и больше пациентов с локальным рецидивом полости рта, которым первоначально проводились хирургическое иссечение и реконструкция с использованием свободных лоскутов. Наряду с этим повторная попытка микрохирургической реконструкции поднимает вопросы о выборе лоскута, наличии сосудов-реципиентов и состоянии стенки после проведенных методов лечения.

Материалы и методы. Нами представлен опыт повторной микрохирургической реконструкции у 24 пациентов, которым в каждом случае были выполнены 2 последовательные резекции опухоли и реконструкция свободными лоскутами. Для реконструкции после рецидива были использованы 19 лучевых кожно-фасциальных лоскутов предплечья, 1 костно-септокожный лоскут малоберцовой кости и 5 переднебоковых лоскутов бедра. Выживаемость лоскута составила 87,5 %, а частота повторных вмешательств – 12,5 %.

Выводы. Результаты показывают, что свободные лоскуты представляют собой важный вариант реконструкции случаев рецидива рака полости рта, подвергающихся повторному иссечению. При использовании по этому показанию они так же безопасны и эффективны, как и первоначальная процедура.

ДЕЭСКАЛАЦИЯ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО ВПЧ-ПОЗИТИВНОГО РАКА РОТОГЛОТКИ. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Голубев П. В.¹, Болотина Л. В.², Геворков А. Р.²,
Дешкина Т. И.²**

*¹ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая онкологическая
больница №1 Департамента здравоохранения города
Москвы», г. Москва*

*²Московский научно-исследовательский онкологический
институт им. П. А. Герцена – филиал
ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Москва
E-mail: golubev194@gmail.com.*

Актуальность. Согласно мировым данным, ежегодно в мире выявляется около 100 тыс. новых случаев злокачественных новообразований орофарингеальной области, более 80 % из которых имеют местно-распространенный процесс.

Пациенты с ВПЧ-положительным раком ротоглотки обладают высокой чувствительностью к консервативным методам лечения и имеют лучшие показатели общей (ОВ) и безрецидивной выживаемости (ВБП) в сравнении с ВПЧ-негативными.

Ранее была продемонстрирована возможность редукции объема химиолучевой терапии (ХЛТ) без снижения ОВ и БРВ, однако отсутствуют данные о безопасной деэскалации индукционной химиотерапии (ИХТ). Учитывая высокую токсичность единственного рекомендуемого стандартного режима индукции – ТРФ (доцетаксел + цисплатин + фторурацил), а также наличие благоприятного прогностического фактора – ВПЧ-инфекции, в МНИОИ им. П. А. Герцена в 2021 г. стартовало проспективное исследование, направленное на изучение возможности применения двухкомпонентного режима ИХТ по схеме ТР (доцетаксел + цисплатин).

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с местно-распространенным ВПЧ-положительным плоскоклеточным раком ротоглотки путем оптимизации режима ИХТ в комбинированном лечении за счет снижения токсичности этапа индукции, но при сохранении высоких онкологических результатов.

Материалы и методы. В исследование включено 68 пациентов с р16-положительным плоскоклеточным раком ротоглотки (Т3–4N0–1M0 либо Т1–4N2–3M0), которые были разделены на 2 равные группы. В исследовательской группе на первом этапе проводилось 3 курса ИХТ по деэскалированной схеме ТР, а в группе контроля – по стандартной трехкомпонентной схеме ТРФ.

На втором этапе комбинированного лечения пациентам обеих групп проведена стандартная ХЛТ

в суммарной очаговой дозе 70 Гр на фоне радиомодификации карбоплатином АУС 2,0.

Результаты. Полный ответ в исследовательской группе зафиксирован у 3 больных, частичный ответ — у 22, стабилизация — у 8 пациентов. В группе контроля: полный ответ — у 4 больных, частичный ответ — у 24, стабилизация — у 6 пациентов.

Одногодичная ОВ в исследовательской и контрольной группах составила 100 %, а 1-годичная БВП — 94 и 91 % соответственно.

Мукозит 1–2-й степени наблюдался у 4 больных группы ТР и у 10 пациентов группы ТРФ. При этом 3-я степень данного осложнения не отмечена ни у одного пациента исследовательской группы, в то время как в группе контроля было зафиксировано 3 таких случая.

Выводы. Исследовательский режим ИХТ продемонстрировал высокие показатели объективного ответа, 1-годичной ОВ и БВП, сопоставимые со стандартной схемой ТРФ при лучшей переносимости.

РЕЦИДИВ РАКА ГОРТАНИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ. ПОЧЕМУ И ЧТО ДАЛЬШЕ?

Гузь А.О.

ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», г. Челябинск
E-mail: guz_a_o@mail.ru

Актуальность. Проблема лечения плоскоклеточного рака гортани остается актуальной по настоящее время из-за высокого процента пациентов с III и IV стадиями заболевания. Несмотря на незначительные успехи в раннем выявлении начальных стадий, проблема лечения, наблюдения и сохранения голосовой функции выходит на первый план. Особую сложность, как и при других локализациях плоскоклеточного рака, представляет лечение рецидивов, когда возможности лечения ограничены.

Цель. Изучить причины развития рецидива после проведенной лазерной резекции гортани, определить возможные варианты последующего лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов, получавших хирургическое лечение в условиях ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины». В исследование включен 151 пациент с диагнозом «рак гортани cT1N0M0 I стадии». Критерии включения: верифицированный плоскоклеточный рак, возраст старше 18 лет, локализация опухоли в среднем отделе гортани, соответствие размеров опухоли критерию T1. Всем пациентам проводилась трансоральная лазерная резекция гортани под эндотрахеальным наркозом (интубационная безопасная лазерная трубка Mallinckrodt), CO₂-лазер MCO 50 KLS

Martin в режиме «суперимпульс» с выходной мощностью от 6 до 10 Вт. В зависимости от размера опухоли и локализации выполнялись объемы резекции согласно классификации Европейского ларингологического общества.

Выводы. На основании полученных данных нами выявлены закономерности между стадией заболевания, распространенностью опухолевого процесса и риском развития рецидива. Длительность наблюдения пациентов после проведенной лазерной резекции гортани составила 20,7 мес. Всего выявлено 14 пациентов с рецидивом рака гортани после хирургического лечения, что составило 9,2 %. Пациентам с рецидивом рака гортани после проведенной эндоларингеальной лазерной резекции возможно проведение органосохраняющего лечения, лучевой терапии и повторной резекции. Согласно нашим данным, после эндоларингеальной резекции у 95,4 % пациентов удалось сохранить гортань и голосовую функцию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГОЛОСА ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Дальжинов В.М.

ОГБУЗ «Боханская районная больница», г. Бохан
E-mail: vyacheslav_dalzhinov@mail.ru

Актуальность. Результатом экстирпации гортани является полное исчезновение голоса вследствие отсутствия голосового аппарата. Одним из методов восстановления голоса является установка шунтирующих голосовых протезов между трахеей и глоткой.

Цель. Изучить результаты применения голосовых протезов при удалении гортани при раке гортани.

Материалы и методы. За период 2012–2022 гг. проведено голосовое протезирование у 32 больных мужского пола в возрасте от 49 до 60 лет. Данное протезирование осуществлялось установкой пластмассового шунта между глоткой и трахеей. Суть протезирования заключается в использовании движений мышц глотки и полости рта при произнесении речевых звуков. Особенностью данного протезирования является реальная реабилитация раковых больных, что позволяет возвращать их к нормальному общению с людьми. Значение данного протезирования для больных очень велико.

Результаты. Результаты проведенных исследований показали, что специального обучения и привыкания больных к голосовым протезам не требуется.

Выводы. 1. Использование голосовых шунтирующих протезов практически полностью восстанавливает голос при удалении гортани. 2. Использование этого метода позволяет полностью адаптировать больных после экстирпации гортани к нормальной жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ИНВЕРТИРОВАННОМ ПАПИЛЛОМАТОЗЕ ГОРТАНИ

Дальжинов В.М.

ОГБУЗ «Боханская районная больница», г. Бохан
E-mail: vyacheslav_dalzhinov@mail.ru

Актуальность. Несмотря на то что инвертированный папилломатоз полости носа (ИППН) является в гистологическом смысле доброкачественным заболеванием, хирургическое удаление этой опухоли сопряжено с необходимостью радикального удаления с инвалидизирующим повреждением лицевого черепа. Инновационные технологии открывают новые возможности хирургического лечения этого заболевания с сохранением косметической архитектоники, несмотря на необходимый радикализм вмешательства.

Цель работы. Изучить результаты применения эндоскопической методики удаления ИППН с сохранением внешних косметических контуров лобно-лицевой области черепа.

Материалы и методы. За период 2012–2022 гг. удаление ИППН было проведено у 12 больных мужского пола в возрасте от 56 до 64 лет. Данный вид хирургического вмешательства, несмотря на удаление медиальной стенки верхнечелюстной пазухи, благодаря возможности применения эндоскопической техники позволил радикально удалить ИППН. Внешние контуры мягких тканей лица и костного скелета лобно-лицевой области удалось полностью сохранить.

Результаты. Результаты проведенных исследований показали, что в период наблюдения в срок от 3 до 10 лет после операции рецидива роста ИППН не было.

Выводы. 1. Использование эндоскопического контура при удалении ИППН позволяет радикально удалять эту опухоль. 2. Использование этого метода позволяет полностью сохранить косметические параметры лицевого скелета после удаления ИППН.

ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ С КОНДУКТИВНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Долдова В.С.¹, Меркулова Е.П.², Еременко Ю.Е.¹,
Васенкова Е.И.², Андрианова Т.Д.¹

¹Республиканский научно-практический центр
оториноларингологии, г. Минск, Республика Беларусь

²Институт повышения квалификации и переподготовки
кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

E-mail: lera.doldova@mail.ru

Введение. В настоящее время отмечается тенденция к нарастанию частоты нарушений остроты слуха у де-

тей. Дети с нарушением слуха страдают от проблем с голосом и речью чаще, чем дети с нормальным слухом, из-за отсутствия обратной слуховой связи (англ. auditory feedback). Изучение данной проблемы поможет разработать методы ранней диагностики голосовых нарушений, а также дальнейшей реабилитации и медицинской профилактики, направленные на улучшение качества голоса у детей с кондуктивной тугоухостью.

Цель. Изучить акустические характеристики голоса у детей с тугоухостью.

Материалы и методы. Тридцать детей с диагнозом «кондуктивная тугоухость на фоне среднего отита». Возраст детей составлял от 4 до 12 лет. Первая группа – дети дошкольного возраста (4–6 лет, $n = 11$), 2-я группа – дети школьного возраста (7–12 лет, $n = 19$). Средний возраст детей составил 5,2 года (95 % доверительный интервал (ДИ) 6,0–3,3; $p = 0,95$). Акустический анализ голоса проводили с помощью программного обеспечения lingWAVES.

Результаты. При проведении акустического анализа голоса выявлено, что частота основного тона является объективным критерием, отражающим изменения голоса ребенка в зависимости от возраста и пола: в возрасте 4–6 лет частота основного тона – 248,2 Гц (95 % ДИ 209,1–287,3), в возрасте 7–12 лет – 238,8 Гц (95 % ДИ 219,84–257,9); у девочек – 265,41 Гц (95 % ДИ 238,90–291,93); у мальчиков – 226,5 Гц (95 % ДИ 205,10–248,73). У детей школьного возраста с кондуктивной тугоухостью отмечается сдвиг голосовых характеристик в сторону низких частот.

Показатель Jitter – мера частотной вариабельности по отношению к частоте основного тона – у здоровых детей достоверно ниже – 0,39 (95 % ДИ 0,29–0,49) по сравнению с детьми с кондуктивной тугоухостью – 1,34 (95 % ДИ 0,56–2,02; $p < 0,009$). Данный показатель практически в 3 раза превышал норму.

Отмечалась тенденция снижения времени максимальной фонации относительно показателя детей с нормальным голосом и слухом – 6,97 с (95 % ДИ 5,98–7,75; $p > 0,05$).

Общая тяжесть дисфонии у детей с кондуктивной тугоухостью была выше – 1,31 (95 % ДИ 1,21–1,42) относительно детей без нарушения слуха и голоса – 1,04 (95 % ДИ 1,076–1,106; $p = 0,000$) ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что кондуктивная тугоухость у детей требует своевременной диагностики и лечения, что необходимо учитывать при планировании лечебных мероприятий.

МИКРОСОСУДИСТАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ, ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ

Егорин А.А., Вонглая Д.М., Костоев Н.А.,
Зеленина А.В.

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

Актуальность. Хирургическое лечение местно-распространенных злокачественных опухолей головы и шеи требует индивидуального подхода в планировании объемов реконструкции послеоперационного дефекта с целью получения эстетически и функционально удовлетворительного результата. Применение микрососудистых аутотрансплантатов позволяет расширить пул пациентов для проведения радикальных хирургических операций.

Цель. Оценка 5-летнего опыта хирургических операций с применением микрососудистых лоскутов, оценка структуры послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных историй болезни пациентов, получавших хирургическое лечение в ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» в период с 2019 по 2023 г., оценены частота и структура послеоперационных осложнений.

Результаты. За период 2019–2023 гг. проведены 103 хирургические операции с пластикой аутотрансплантатом на микрососудистых анастомозах. Из наиболее часто используемых лоскутов: лучевой – 49 случаев, торакодорзальный – 23, малоберцовый – 16 случаев. Пластика малоберцовым лоскутом применялась при замещении дефектов нижней и верхней челюсти, с предварительным моделированием индивидуальной титановой пластины, индивидуальных шаблонов резекции на основе КТ-снимков. В 35 (34 %) случаях отмечены осложнения в раннем или позднем послеоперационном периоде. Пять случаев внутричерепного распространения опухоли с резекцией костей черепа и твердой мозговой оболочки сопровождались ликвореей различной длительности. Использование микрососудистой реконструкции дефектов гортани и гортаноглотки позволило в дальнейшем установить и использовать голосовой протез.

В структуре осложнений: тромбоз питающих сосудов – 13 (13 %) случаев, некроз лоскута – 5 (5 %), гематома/кровотечение – 6 (6 %) случаев. У части пациентов с тромбозом питающих сосудов в раннем послеоперационном периоде удалось повторно сформировать анастомоз и сохранить жизнеспособность лоскута.

Выводы. Применение одномоментной и отсроченной микрососудистой хирургической пластики позволяет добиваться удовлетворительных эстетических

и функциональных результатов при обширных хирургических резекциях, требует активного послеоперационного наблюдения пациентов и оценки перфузии тканей лоскута.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Енгибарян М.А.¹, Комарова Е.Ю.¹, Волкова В.Л.¹,
Чертова Н.А.¹, Ульянова Ю.В.¹, Комарова Е.Ф.^{1,2}
¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону
²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону
E-mail: lil_liza777@mail.ru

Актуальность. Высокая частота местно-распространенных опухолей полости рта обуславливает комплексный подход к лечению с выполнением расширенных и комбинированных операций, проведением химиолучевой терапии. Это приводит к возрастанию количества инфекционных послеоперационных осложнений, которые, по данным литературы, составляют до 73 %. Известно, что фотодинамическая терапия (ФДТ) обладает противовоспалительным и антимикробным действием, в связи с чем возможно применение данного вида лечения для дополнения хирургического лечения с целью улучшения его результатов.

Цель. Оценить течение раннего и позднего послеоперационного периода лечения местно-распространенного рака слизистой оболочки полости рта при применении интраоперационной ФДТ (ИФДТ).

Материалы и методы. В исследовании участвовали 60 больных первичным местно-распространенным раком слизистой оболочки полости рта Т3–4aN0–2M0: 30 пациентов (основная группа), которым комплексное лечение было дополнено ИФДТ, и 30 пациентов (контрольная группа), которым проведено традиционное комплексное лечение. ИФДТ проводили с помощью лампы для ФДТ на ложе удаленной опухоли до закрытия раневого дефекта, предварительно вводили фотосенсибилизатор хлорин Е6.

Результаты. Выявлено, что количество ранних осложнений послеоперационного периода статистически значимо выше (в 1,2 раза, $p < 0,05$), чем в группе контроля. У 13,3 % пациентов без применения ФДТ в интраоперационном периоде зарегистрировано нагноение послеоперационной раны, что статистически значимо превышало показатель в основной группе ($p < 0,05$). В 1,5 раза ($p < 0,05$) быстрее в группе с ИФДТ в сравнении с контрольной группой происходило заживление послеоперационной раны. Так, у 70 % больных

основной группы заживление раны происходило на 8–10-е сутки, при этом у 63,3 % больных контрольной группы рана заживала на 10–12-е сутки. Среди поздних осложнений статистически значимых различий не найдено.

Выводы. Применение ИФДТ снижает количество гнойных осложнений в раннем послеоперационном периоде, а также ускоряет заживление послеоперационной раны. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения ИФДТ для улучшения результатов хирургического лечения больных местнораспространенным раком слизистой оболочки полости рта.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПЕРЕПОДГОТОВКИ В ОНКОЛОГИИ ВРАЧЕЙ – ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ С БАЗОВЫМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Жихарев В.А., Степанов И.В., Ольшанский М.С.
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко», г. Воронеж
E-mail: vladzh14@gmail.com

Актуальность. Злокачественные опухоли головы и шеи входят в десятку самых распространенных новообразований в России и во всем мире, при этом отмечается рост заболеваемости. Поиск новых методик диагностики и лечения опухолей, а кроме того, повышение онконастороженности, решение кадрового дефицита за счет дополнительного обучения врачей различных специальностей в онкологии, в том числе челюстно-лицевых хирургов с базовым стоматологическим образованием, позволят внести неоспоримый вклад в улучшение онкослужбы России.

Цель. Обосновать целесообразность допуска до переподготовки в онкологии врачей – челюстно-лицевых хирургов с базовым стоматологическим образованием.

Материалы и методы. Поиск и анализ научных публикаций с применением электронных ресурсов eLibrary, PubMed, Cyberleninka, НЭБ (Национальная электронная библиотека).

Результаты. В практике челюстно-лицевого хирурга нередко встречаются злокачественные опухоли в области лица, головы и шеи (до 15 % в структуре заболеваний челюстно-лицевой области), но в соответствии с порядком оказания помощи по профилю «онкология» челюстно-лицевой хирург не имеет юридического права проводить лечение злокачественных новообразований «своей» локализации. При этом именно челюстно-лицевые хирурги оказывают помощь пациентам с осложненным течением злокачественного процесса в области головы и шеи, таким как, например, кровотечение вследствие распада опухоли. Дейст-

вующий приказ Минздрава России № 206н допускает челюстно-лицевых хирургов до переподготовки в онкологии, но только врачей с базовым образованием по специальностям «лечебное дело» и «педиатрия». Данный факт является дискредитирующим в отношении челюстно-лицевых хирургов с базовым стоматологическим образованием и ставит под сомнение целесообразность допуска врачей-стоматологов в ординатуру по челюстно-лицевой хирургии, исключая у них траекторию дальнейшего образования.

Выводы. Челюстно-лицевые хирурги с базовым стоматологическим образованием, прошедшие профессиональную переподготовку по специальности «онкология», смогут внести вклад в решение кадрового дефицита в онкослужбе, повысить частоту ранней выявляемости злокачественных новообразований головы и шеи, улучшить качество оказания помощи пациентам с опухолями данной локализации.

«ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ» ДЕФЕКТЫ НАРУЖНОГО НОСА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ БЕЛАРУСИ

Иванов С.А.¹, Хоров О.Г.²

¹ УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

² УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь
E-mail: srgivgm@gmail.com

Актуальность. Наружный нос является самой частой локализацией рака кожи. Устранение дефектов после удаления карциномы представляет собой сложную и многоаспектную задачу.

Цель. Проанализировать демографические и клинические показатели у пациентов с дефектами носа после удаления рака кожи.

Материалы и методы. Включены данные 190 пациентов с дефектами наружного носа вследствие хирургического лечения рака кожи, которым выполняли хирургическое лечение в 2017–2018 гг. в Гомельском областном онкологическом диспансере. Исследованы половозрастные показатели и клинические параметры.

Результаты. Морфологические варианты у всех пациентов были представлены базальноклеточным или плоскоклеточным раком. Половое распределение (72 мужчины, 108 женщин) обусловлено демографической структурой популяции региона. Медианный возраст – 74 (64; 79) года. При этом в возрасте 75 лет и старше были 64 (59 %) женщины и 29 (40 %) мужчин. Утрата тканей в пределах 1 субъединицы – 160 наблюдений, 2 субъединиц – 23, более 2 субъединиц – 7. Распределение дефектов по глубине: только кожа – 111, кожа и субдермальные структуры – 67, сквозной дефект – 12. В 107 случаях отмечена изолированная утрата проксимальной субъединицы, в 70 случаях – дистальной

субъединицы, в 13 – комбинированные изъяны. У 27 (14 %) пациентов имелись общие или местные микроциркуляторные нарушения, коррелирующие с риском осложнений. Реконструкция потребовалась в 138 (72 %) наблюдениях. Распределение изолированных дефектов, требующих пластического замещения, по локализации: спинка носа – 14 из 44 (34 %), скат носа – 44 из 63 (72 %), кончик носа – 9 из 12 (75 %), крыло носа – 52 из 56 (93 %), колумелла – 2 из 2 (100 %). В 39 случаях (21 % от всех реконструкций) были использованы относительно сложные методы, в том числе 34 – для замещения дефектов дистальной локализации или комбинированных.

Выводы. Среди пациентов с «онкологическими» дефектами наружного носа отмечено преобладание лиц женского пола, 49 % заболевших находились в старческом возрасте. Нуждаемость в реконструктивных мероприятиях составила 72 %. Более сложные для замещения дефекты чаще локализовались в дистальных субъективных.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОСЛЕ НЕУДАЧНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ГОРТАНИ

Керимова Н. В., Амиралиев Н. М.

*Онкологическая клиника Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджанская Республика
E-mail: dr.nargiz86@gmail.com*

Актуальность. Хотя лучевая терапия является хорошо систематизированным методом лечения рака гортани, лечение местного рецидива после неудачной лучевой терапии остается спорным. Ларингэктомия является классическим спасательным хирургическим подходом, но отдельные рецидивы можно успешно лечить путем резекции гортани.

Цель. Оценить результаты органосохраняющих операций у больных раком гортани с продолженным ростом и рецидивом опухоли после радикальной лучевой терапии.

Материалы и методы. Ретроспективно рассмотрены 16 пациентов, которым была проведена открытая резекция гортани. Средний возраст больных составил 63 года, все пациенты были мужчины. Лечение первичной опухоли состояло из лучевой терапии в средней дозе 67 Гр (диапазон от 60 до 72 Гр). Все первичные опухоли были в ограниченной стадии T1 ($n = 8$) или T2 ($n = 8$), из этих пациентов переднебоковая резекция гортани проведена 8 (56,2 %), боковая резекция гортани – 6 (31,3 %), гемиларингэктомия – 2 (12,5 %).

Результаты. Послеоперационные местные осложнения возникли в 7 (43,8 %) случаях. Среди 16 больных дыхательная функция гортани восстановлена у 13 (81,3 %), голосовая функция – у 14 (87,5 %), разделительная

функция – у всех (100,0 %). При сроке наблюдения 3 года повторные рецидивы возникли у 7 (43,8 %) пациентов, местный контроль обеспечен у 9 (56,3 %). При повторных рецидивах из 7 пациентов четверым произведена ларингэктомия, одному назначена паллиативная химиотерапия, двоим – симптоматическое лечение. Трехлетняя безрецидивная и общая выживаемость составила 56,3 и 75,0 % соответственно.

Выводы. Органосохраняющая резекция гортани после лучевой терапии является доступным вариантом лечения и представляет альтернативу ларингэктомии у отдельных пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Колчанов Г. М., Алексеева Д. А.

*СПб ГБУЗ «Городской клинической онкологической диспансер», г. Санкт-Петербург
E-mail: ikolchanov@me.com*

Актуальность. Хирургическое лечение злокачественных новообразований головы и шеи сопряжено с формированием сложных с анатомо-функциональной точки зрения комбинированных дефектов. Заболевание оказывает сильное влияние на внешний вид пациента и тяжело переносится как самим пациентом, так и его родственниками. У больных с опухолями головы и шеи (ОГШ) уровень тревожности, стресса и психологического дискомфорта выше, чем у больных с опухолями других областей. Длительное пребывание в онкологическом стационаре, зондовое питание, дыхание через трахеостому, косметические уродства лица, тяжелые нарушения жизненно важных функций организма, таких как жевание, глотание, дыхание и речь, могут привести к необратимым изменениям психики, вплоть до суицидального исхода. Сложность восстановления дефектов нижней челюсти в рамках комбинированного лечения онкологических больных требует дифференциального подхода к выбору алгоритма реконструкции.

Цель. Оценка эффективности различных алгоритмов микрохирургической реконструкции нижней челюсти в рамках комбинированного противоопухолевого лечения.

Материалы и методы. Микрохирургическая реконструкция нижней челюсти была успешно выполнена в общей сложности в 15 случаях. Двенадцать случаев были реконструированы с использованием малоберцовых костно-кожных свободных лоскутов, в то время как в остальных случаях использовался лоскут гребня подвздошной кости. В 4 случаях мы столкнулись с отсроченной микрохирургической реконструкцией, в остальных случаях выполнялась одномоментная

реконструкция. В 3 случаях выполнялась одномоментная дентальная реабилитация, в остальных — отсроченная. В 8 случаях использовалось предоперационное цифровое планирование, в остальных — нет.

Результаты. Реконструкция протяженных фронтально-латеральных дефектов нижней челюсти в большинстве случаев выполнялась свободным реваскуляризованным кожно-костно-мышечным малоберцовым ауто-трансплантатом. Однако в 3 случаях по результатам предоперационной МСКТ-АГ бедренно-подколенного сегмента выявлено отсутствие одной из трех артерий, питающих стопу, в результате чего в качестве альтернативного лоскута использован костно-мышечный лоскут гребня подвздошной кости с оптимальным эстетическим и функциональным результатом лечения. В 4 случаях реконструкция выполнена в отсроченном порядке, что существенно ограничило функциональные и эстетические возможности реконструктивного лечения. Отсутствие предоперационного цифрового планирования в 7 случаях также существенно ограничило функциональные и эстетические результаты лечения.

Выводы. Оптимальные результаты реконструкции после хирургического лечения пациента по поводу комбинированных дефектов нижней зоны лица могут быть достигнуты применением микрохирургической трансплантации различных комплексов тканей и использованием предоперационного цифрового планирования при участии микрохирургов, онкологов, челюстно-лицевых хирургов, ортопедов. Разработка адекватной системы выбора алгоритма реконструкции необходима для выбора метода реконструкции в различных клинических ситуациях.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОПУХОЛЬ-СПЕЦИФИЧЕСКУЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С МЕДУЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В БЕЛАРУСИ

Кондратович В.А.¹, Леонова Т.А.¹, Жуковец А.Г.²

¹УЗ «Минский городской клинический онкологический центр», г. Минск, Республика Беларусь

²УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь
E-mail: kv1966@mail.ru

Актуальность. Медуллярный рак щитовидной железы (МРЩЖ) составляет 4–10 % всех случаев рака щитовидной железы и в 13,4 % случаев является причиной смерти от рака щитовидной железы.

Цель. Определить прогностические факторы, влияющие на опухоль-специфическую выживаемость (ОСВ).

Материалы и методы. На базе учреждения здравоохранения «Минский городской клинический онкологический центр» проведено историческое продольное исследование, включавшее всех заболевших (658 пациентов) МРЩЖ в Беларуси с 1980 по 2019 г.

Результаты и выводы. Десятилетняя ОСВ у пациентов, которым проведено хирургическое вмешательство по поводу МРЩЖ, составила $87,7 \pm 1,5$ %.

Внедрение в 1997 г. клинических протоколов с соблюдением единой хирургической тактики — выполнение тиреоидэктомии с различными вариантами шейных лимфодиссекций — позволило сократить долю случаев с III–IV стадией заболевания с 74,2 до 32,8 % ($p = 0,001$) и увеличить 10-летнюю ОСВ с $69,6 \pm 6,2$ до $90,0 \pm 1,5$ % ($p = 0,001$).

По данным многофакторного анализа, наиболее значимое влияние на ОСВ оказала распространенность опухоли по дескриптору T, при увеличении которого значимо ухудшался прогноз заболевания: HR T2 по отношению к T1 составил 3,3 (0,9–12,3), $p = 0,079$; HR T3 по отношению к T1 — 8,6 (1,9–38), $p = 0,005$; HR T4 по отношению к T1 — 16,6 (3,2–86), $p < 0,001$. Наличие отдаленных метастазов также существенно ухудшило ОСВ: HR 4,8 (1,6–14,4), $p = 0,005$.

Профилактическая медиастинальная лимфодиссекция, выполняемая в центре с 1999 г. у пациентов с N1b, адьювантная лучевая и химиотерапия не оказали влияния на ОСВ: профилактическая медиастинальная лимфодиссекция проводилась/не проводилась ($p = 0,731$); операция + лучевая терапия в сравнении с операцией ($p = 0,285$); операция + химиотерапевтическое лечение в сравнении с операцией ($p = 0,657$); операция + лучевая терапия + химиотерапевтическое лечение в сравнении с операцией ($p = 0,111$). Отсутствие положительного влияния на ОСВ проведенной профилактической медиастинальной лимфодиссекции позволило отказаться от выполнения таких операций.

РОЛЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Кочурова Е.В., Решетов И.В.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва
E-mail: evkochurova@mail.ru

Актуальность. Стоматологическое здоровье, состояние полости рта пациентов имеет важное значение в профилактике злокачественных новообразований слизистой оболочки рта (СОР), особенно при возникновении онкологической патологии таких локализаций, как язык и губа. Разрушение твердых тканей зубов

приводит к возникновению хронической травмы слизистой оболочки с последующим перерождением в опухолевую патологию. Одной из особенностей является отсутствие жалоб на заболевания СОР, которые могут быть завуалированы на фоне общих жалоб при патологии зубочелюстной системы или отсутствии санации полости рта пациента. При практически полном отсутствии болевых ощущений веской причиной обращения пациентов за помощью является кровоточивость десен. При этом диагностические и лечебные мероприятия устанавливаются в отделениях онкологической службы, а первичным врачом для обращаемости с жалобами является врач-стоматолог. Таким образом, формируется поздняя обращаемость за специализированной помощью.

Цель. Определить особенности стоматологического здоровья у пациентов на ранней стадии опухолевого процесса слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. Проведено сопоставление данных, полученных при клинико-стоматологическом осмотре пациентов ($n = 53$) на ранней стадии (Tis – I) опухолевого процесса. Возраст пациентов – от 24 до 63 лет (медиана возраста – $53,0 \pm 0,7$ года), 23 мужчины и 30 женщин. Стоматологическое здоровье также определяли индексами, рекомендованными стоматологической ассоциацией (СтАР).

Результаты. Гигиеническая характеристика пациентов в 81,69 % случаев представлена наличием зубных отложений, среди индексов показатель «2», что указывает на неудовлетворительное состояние. Гингивит определяли в 69,01 %, индекс «2» показал кровоточивость в пределах 30 с. Ткани пародонта с поражением средней тяжести, индекс «2», что подтверждает необходимость проведения кюретажа зубодесневого кармана глубиной до 5 мм. Твердые ткани зубов с множественным вторичным кариесом – 85,92 %, дефект 1–2 зубов – 52,11 %, более 3 зубов – 18,31 %. Хроническая травма СОР в 70,42 % из-за острого края зуба/пломбы или протеза.

Выводы. Анализ клинико-стоматологических данных обследуемых пациентов показал сниженный уровень здоровья полости рта и высокие значения индексов, что можно рассматривать как факторы риска возникновения злокачественной патологии слизистой оболочки полости рта.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ РАКА ГОРТАНИ

Кузьмин Е. Н.

УЗ «Минский городской клинический онкологический центр»,
г. Минск, Республика Беларусь
E-mail: enkuzmin1973@gmail.com

Введение. В Республике Беларусь рак гортани занимает 2-е место среди новообразований головы и шеи. Трахеопищеводное шунтирование с протезированием (ТПШП) является приоритетным направлением восстановления голосовой функции после ларингэктомии (ЛЭ).

Цель. Изучить отдаленные результаты ТПШП после стандартной и расширенной ЛЭ.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные 99 пациентов, которым после проведенного радикального хирургического лечения выполнялось ТПШП, сроки наблюдения за пациентами после протезирования превышали 10 лет. Средний возраст составил 57 лет. 59 % пациентов ТПШП произведено после стандартной ЛЭ, а 41 % – после расширенной. Лучевая терапия проведена 97 пациентам. Для оценки голосовой функции использовались объективные методы акустического анализа голоса, включающие мультипараметровое исследование голоса путем фонетогграфии, определение времени максимальной фонации в секундах, скорости речи (слов в минуту). Определено время функционирования 253 голосовых протезов, которые подверглись замене в связи с нарушением функции защитного клапана.

Результаты. 93,9 % пациентов удалось восстановить удовлетворительный голос в сроки от 2 до 17 дней. Десятилетняя вероятность использования голосовых протезов составляла 71,7 % (95 % ДИ 48,8–100,0). Лучевая терапия, проведенная пациентам по поводу рака гортани, независимо от суммарной очаговой дозы не влияла на 10-летнюю вероятность использования голосовых протезов ($p = 0,865$), срок службы одного протеза до момента его замены ($p = 0,088$), акустические характеристики голоса. Акустический анализ голоса у пациентов после ЛЭ с ТПШП близок к показателям голоса здорового человека. Медиана времени максимальной фонации составляла 17,3 с ($Q_1 = 13,7$; $Q_u = 22,9$), медиана скорости речи – 120,0 слов в минуту ($Q_1 = 105,0$; $Q_u = 138,0$), медиана частоты основного тона – 195,0 Гц ($Q_1 = 156,8$; $Q_u = 238,5$), медиана силы голоса – 69,0 дБ ($Q_1 = 66,5$; $Q_u = 74,5$). Результаты микробиологического исследования показали, что в посевах среди бактериальной флоры преобладала микст-инфекция (64,0 %). Условно-патогенные бактерии выявлялись в 68 % случаев, грибковая флора – в 32 %. Медиана общего срока службы протеза составила 512 дней.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение ТПШП является эффективным и быстрым методом восстановления голосовой функции у пациентов после ЛЭ, а функциональные характеристики голоса не отличаются от показателей голоса здорового человека.

АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ КЛЮЧЕВЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Кузьмин Е.Н., Белополюская Е.С.

УЗ «Минский городской клинический онкологический центр»,
г. Минск, Республика Беларусь
E-mail: enkuzmin1973@gmail.com

Введение. В Республике Беларусь рак орофарингеальной зоны занимает 1-е место среди новообразований головы и шеи. Основным методом лечения данной группы пациентов является хирургический, который сопровождается высоким риском развития гнойно-септических осложнений.

Цель. Обосновать выбор препаратов для рациональной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии в послеоперационном периоде у пациентов с опухолями орофарингеальной зоны с учетом микробиологического мониторинга.

Материалы и методы. На базе онкохирургического отделения № 5 Минского городского клинического онкологического центра за 2022 и 2023 гг. проведен микробиологический мониторинг и анализ 175 образцов биологического материала, изучен антимикробный спектр в отношении наиболее часто встречающихся возбудителей инфекционных осложнений после хирургического лечения опухолей орофарингеальной зоны. Забор биологического материала осуществлялся в предоперационном периоде стерильным ватным тампоном и доставлялся в бактериологическую лабораторию в стерильных контейнерах с транспортной средой. Посев биологического материала проводился на питательные среды. Видовая идентификация микроорганизмов и определение чувствительности к антибактериальным препаратам осуществлялись на бактериологическом анализаторе VITEK-2 (Франция). Чувствительность определялась с учетом минимальной ингибирующей концентрации, механизмов резистентности по критериям международного стандарта (CLSI).

Результаты. Анализ качественного состава микроорганизмов показал, что наиболее часто встречаются

Staphylococcus aureus (39,0 %), *Neisseria* sp. (58,9 %), бактерии группы кишечной палочки, стрептококки, неферментирующие бактерии (2,1 %). За 2022–2023 гг. прооперировано 1049 пациентов. С целью минимизации гнойно-септических осложнений всем пациентам проводилась антибиотикопрофилактика с учетом чувствительности с использованием препаратов цефалоспоринового ряда/5-нитроимидазола либо бета-лактамов антибиотиков с включением антимикотических препаратов в обе схемы. Антибиотикопрофилактика проводилась за 60 мин до операции путем внутривенной инфузии, в послеоперационном периоде антибактериальная терапия проводилась в течение 7 дней. У 10 (0,95 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде развились гнойно-септические осложнения, потребовавшие назначения других групп противомикробных препаратов.

Выводы. Рациональное назначение противомикробных препаратов позволило минимизировать развитие гнойно-септических осложнений в раннем послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП С РЕКОНСТРУКТИВНЫМ КОМПОНЕНТОМ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Азовская Д.Ю.,
Федорова И.К.

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

Введение. В лечении больных местно-распространенными стадиями рака полости носа и придаточных пазух хирургическому этапу отводится доминирующая роль, что часто приводит к образованию обширных дефектов, ввиду чего реконструктивный компонент является важным звеном комбинированного лечения и требует разработки новых методических подходов.

Цель. Изучить роль и эффективность реконструктивно-пластического этапа в лечении больных злокачественными опухолями полости носа и придаточных пазух носа.

Материалы и методы. В исследование включено 52 больных со злокачественными опухолями полости носа и придаточных пазух носа, которым вместе с хирургическим лечением был выполнен реконструктивный этап за период с 2012 по 2022 г. Большинство больных имели стадии T3 и T4 – 46 и 30 % соответственно. В 83 % случаев у больных имелся сквозной дефект верхней челюсти. Для устранения дефектов верхней челюсти в качестве реконструктивного материала у всех больных (100 %) использовались свободные ревааскуляризированные лоскуты. Аутоотрансплантаты

с костным компонентом использовались у 25 (48 %) больных, только мягкотканые лоскуты – у 27 (52 %) больных. В 11 (21 %) случаях вместе с аутотрансплантатом использовались индивидуальные реконструктивные имплантаты для восстановления стенок глазницы и костей носа.

Результаты. Различного рода осложнения были отмечены у 14 (27 %) пациентов. Частота развития осложнений была сопоставлена с классификацией дефектов по J. Brown (2010). При II классе дефектов осложнения составили 33 %, при III классе – 37 %, при IV классе – 57 %. При анализе уровня достигнутой функциональной и косметической реабилитации (по А.П. Полякову, 2017) выявлено, что наличие сквозного дефекта в сочетании с дефектом основания черепа сопряжено с наиболее низкими показателями реабилитации (до 57,1 %). Прогрессирование опухолевого процесса отмечено у 10 (19 %) больных. Показатели трехлетней общей, безрецидивной и метастатической выживаемости составили 78,3, 52,9 и 63,6 % соответственно.

Выводы. Реконструктивно-пластические операции у больных опухолями полости носа и придаточных пазух в основном требуют использования свободных ревааскуляризованных лоскутов и позволяют достигать хороших функциональных и косметических результатов.

ДИНАМИКА РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Магомед-Эминов М.Ш.¹, Уклонская Д.В.^{2,3,4},
Зборовская Ю.М.¹

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный университет
им. М.В. Ломоносова», г. Москва

²ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», г. Москва

³ГАОУ ВО «Московский городской педагогический
университет», г. Москва

⁴ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина»,
г. Москва

E-mail: yu.zborovskaya@mail.ru

Актуальность. После хирургического лечения опухолей головы и шеи пациенты остро нуждаются в комплексной реабилитации и ресоциализации, в том числе в связи с наличием речевых расстройств. Одной из причин, препятствующих достижению максимально возможного результата речевой реабилитации, является прерывание курса занятий по инициативе пациентов.

Цель. Выявление и поиск путей решения проблем реабилитационной мотивации лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 61 пациент онкологического отделения № 2 (опухоль головы и шеи) ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина» (32 мужчины, 29 женщин) в возрасте от 23 до 78 лет, которые проходили курс логопедических занятий с психологическим сопровождением, включающим нарративную качественную методику в русле деятельностно-смыслового подхода. На основе изложенных нарративов экспертной группой был проанализирован первоначальный уровень реабилитационной мотивации пациентов по трехуровневой шкале.

Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 45 человек, которые прошли полный курс речевой реабилитации. Вторая группа включала 16 человек, которые завершили курс речевой реабилитации по собственной инициативе.

Результаты. В первой группе 13 (29 %) пациентов показали высокий уровень реабилитационной мотивации, 29 (64 %) – средний уровень, 3 (7 %) пациента – низкий уровень. Во второй группе 6 (37,5 %) пациентов показали высокий уровень реабилитационной мотивации, 4 (25 %) – средний уровень, 6 (37,5 %) пациентов – низкий уровень.

Полученные данные позволяют утверждать, что исходный уровень реабилитационной мотивации пациентов не остается неизменной величиной и не детерминирует автоматически устойчивое течение реабилитационного процесса.

Выводы. Современные возможности речевой реабилитации способны существенно повысить качество жизни пациентов, а осуществление психолого-педагогического сопровождения, включающего формирование и поддержание специальной реабилитационной мотивации, позволяет достигнуть максимально возможного результата.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАТИРЕОЗА

Маклакова Т.П.¹, Рыженкова Е.М.¹, Каширина Е.П.¹,
Черданцева П.А.², Королева Ю.Б.², Хохлов К.С.²

¹Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, г. Новокузнецк

²ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1
им. Г.П. Курбатова», г. Новокузнецк

E-mail: maklakovatat@yandex.ru

Актуальность. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) занимает 3-е место среди всех эндокринопатий и характеризуется высокой частотой манифестных форм, обусловленных низким уровнем диагностики и недостаточной осведомленностью врачей о патологии.

Цель. Показать на клиническом примере тяжесть течения гиперпаратиреоидной остеодистрофии

и неоправданного хирургического лечения у пациента при поздней диагностике ПГПТ.

Материалы и методы. Пациент Я., 32 лет, лечился по поводу сахарного диабета 1-го типа (СД1) 8 лет. Последние полгода наблюдался онкологами, заподозрившими остеобластокластому с ампутацией 5-го пальца левой кисти (не подтверждена иммуногистохимическим исследованием). Планировалась повторная операция объемного образования правой большеберцовой кости с множественными структурными поражениями костей таза, левой теменной кости. По спиральной компьютерной томографии (СКТ) расценены как метастазы. В эндокринном отделении, куда пациент поступил с декомпенсацией СД1, на основании гиперкальциемии 3,87–4,06 ммоль/л, уровней паратиреоидного гормона (ПТГ) 614–692 пг/мл, суточной кальциурии 14 ммоль/л, фосфора 0,57–0,63 ммоль/л, креатинина 77–103 мкмоль/л, неизменной скорости клубочковой фильтрации (СКД EPI), повышения щелочной фосфатазы до 495 Ед/л диагностирован ПГПТ. По СКТ с контрастированием обнаружена аденома околощитовидной железы (ОЩЖ) до 3 см (ультразвуковое исследование (УЗИ) не выявило). Установлен тяжелый дефицит 25(ОН)D – 3,4 нг/мл. После исключения ПГПТ в составе множественной эндокринной неоплазии 1-го типа и вторичного гиперпаратиреоза, достижения компенсации СД1, проведения регидратационных мероприятий и симптоматического лечения (цинакальцет и др.) пациент успешно прооперирован.

Результаты. Послеоперационный период на фоне проведения профилактики гипопаратиреоза протекал без осложнений. Назначена терапия дефицита витамина D.

Выводы. Гиперпаратиреоидная остеодистрофия нередко принимается за метастазы злокачественной опухоли из-за сходства гистологической картины и гиперкальциемии. Во избежание ошибочных диагнозов («гигантоклеточная опухоль» и др.), необоснованного оперативного лечения необходима своевременная лабораторная диагностика ПГПТ, основанная на доступном определении высоких (или высоконормальных) уровней кальция, предпочтительнее альбумин-скорректированного, и ПТГ с последующим подтверждением аденомы ОЩЖ УЗИ или другими визуализирующими методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХЕМОДЕКТОМ ШЕИ

Мамедов И.Я., Фейдоров И. Ю.

*ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова», г. Москва
E-mail: mammedov.ilgar@bk.ru*

Актуальность. Хемодектома (нехромаффинная параганглиома) – редкая нейроэктодермальная опухоль из рецепторных клеток – афферентных параганглиев. Частота хемодектом среди всех онкологических заболеваний головы и шеи, по данным международной литературы, не превышает 0,01 %, а из общего числа внеорганных опухолей шеи на долю параганглиом приходится 0,5–0,9 %. Практический интерес к хемодектомам за последнее десятилетие возрос, что обусловлено в первую очередь скудностью клинических проявлений, трудностями дифференциальной клинической и морфологической диагностики, сложностью и опасностью хирургического лечения.

Материалы и методы. Исследованы 12 пациентов с хемодектомами шеи, проходивших в 2017–2023 гг. обследование и лечение в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» (11 женщин и 1 мужчина). Возраст пациентов составил 20–74 года, средний – 52 года. Средний период наблюдения – 23 мес (20–66 мес). У 11 пациентов обнаружена односторонняя локализация опухоли (у 6 – слева, у 5 – справа), у 1 – двусторонняя локализация опухоли. Метастазирование процесса выявлено в 1 случае.

Результаты. Самая частая жалоба, которую предъявляли пациенты, – опухолевидное образование на шее, причиняющее дискомфорт и формирующее косметический дефект (90 %), также они отмечали головную боль (70 %), дискомфорт в горле при глотании (20 %), шум в ушах (10 %). Физикальное обследование больных выявило наличие объемного образования на шее средними размерами $35 \times 40 \pm 24$ мм. Всем пациентам на дооперационном этапе проведены ультразвуковое триплексное сканирование и мультиспиральная компьютерная томоангиография брахиоцефальных артерий. Согласно классификации W. Shamblyn и соавт. (1971) пациенты с хемодектомами разделены на 3 типа: 1-й тип – 6 пациентов, 2-й тип – 4, 3-й тип – 2. В одном случае каротидная хемодектома имела двустороннюю локализацию. Всего радикально прооперированы 11 пациентов. Радикальность удаления подтверждена мультиспиральной компьютерной томоангиографией. В 1 случае выполнено двухэтапное оперативное лечение, интервал между операциями составил 1 мес. У 10 больных опухоли удалены без нарушения целостности сосудов шеи. В 1 случае пациенту с 3-м типом опухоли выполнено протезирование внутренней сонной артерии. Время оперативного

вмешательства составляло 60–190 мин, интраоперационная кровопотеря — 100–500 мл, в среднем 200 мл. При гистологическом исследовании диагноз «хемодектома» верифицирован во всех случаях. Послеоперационный период протекал удовлетворительно, осложнения отмечены у 2 больных, в частности, у 1 пациента, оперированного в другом регионе, возник ишемический инсульт в ипсилатеральном полушарии, у другого — паракатетеральный тромбоз левой бедренной вены. Летальных исходов не было. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. У 1 пациента отмечено ранее генерализованное диссеминирование опухоли, в связи с этим он получил 4 сеанса пептид-рецепторной радионуклидной терапии (3 сеанса — с 177-Lu, 1 сеанс — с 225-Ac).

Выводы. Хемодектома — редкое заболевание области головы и шеи, составляющее около 0,6 % всех опухолей данной зоны. Хемодектомы чаще встречаются у женщин среднего возраста. Тщательное обследование с обязательным выполнением методов послойного сканирования с болюсным контрастированием позволяет точно оценить распространенность опухоли и спланировать объем хирургического вмешательства. Риск развития осложнений для опухолей 3-го типа существенно выше, чем для 1-го и 2-го. Радикальное удаление хемодектом 3-го типа возможно лишь в сочетании с резекцией сонных артерий с последующим восстановлением магистрального кровотока. Лечение хемодектом должно проходить в условиях специализированных высокопоточных отделений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕРМАЛЬНО-ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ЗАМЕНИТЕЛЯ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ОБШИРНЫХ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ОНКОХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 26 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ

Махонин А.А., Бондаренко М.М., Каганов О.И.,
Алексеева А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара
E-mail: Mahonin1968@gmail.com

Актуальность. Дермо-эпидермальные заменители нашли широкое применение для имплантации на обширные пострезекционные дефекты кожи и мягких тканей в онкохирургии головы и шеи у пациентов с критическим общим состоянием здоровья.

Цель. Провести ретроспективную оценку своего опыта использования биоинженерной кожи, определить наиболее подходящие клинические показания для ее использования.

Материалы и методы. В исследование были включены 26 пациентов со злокачественными опухолями кожи, которые проходили лечение в ГБУЗ СОКОД в период с ноября 2022 г. по ноябрь 2023 г. После хирургического иссечения опухолей кожи дермозаменитель Невелия® был имплантирован в зону Н 16 пациентам, в зону М — 8 пациентам, в зону L — 2 пациентам. Имплантация дермального заменителя осуществлялась сразу после проведения резекционного этапа. Через 21 день на эти участки накладывался ультратонкий расщепленный кожный аутотрансплантат 0,1 мм (2 пациентам), 0,2 мм (22 пациентам), 0,3 мм (2 пациентам). Пациенты находились под наблюдением от 2 до 15 мес (в среднем 6,5 мес). У всех 26 пациентов авторами получено 100 % приживление биоинженерного кожного заменителя. Имело место 1 осложнение, не связанное с использованием биоинженерной кожи, — делирий у возрастного пациента 92 лет.

Результаты. Дермозаменитель Невелия® оказался важным и универсальным реконструктивным материалом, обеспечивающим эффективное решение клинической проблемы, связанной со значительным упрощением реконструктивно-пластического этапа, следующего за выполнением резекционного этапа операции.

Выводы. Дермозаменитель Невелия® может использоваться для закрытия послеоперационного дефекта, сопровождающегося глубокой потерей мягких тканей, и для закрытия обнаженной кости без надкостницы.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ

Мовергоз С.В.¹, Андаров А.А.², Горин Д.И.²,
Гасникова А.К.²

¹Медицинский центр ООО «АГ Фабер Дентаплант», г. Уфа
²Медицинский центр ООО «Медсервис», г. Салават
E-mail: shadel.k@yandex.ru

Актуальность. Целью эндоларингеальной хирургии рака гортани является сохранение органа без ущерба для онкологических показателей.

Клинический случай. Пациент Ф., 72 года, обратился в МЦ ООО «Медсервис» (г. Салават) в апреле 2018 г. с жалобами на першение в горле, осиплость голоса, увеличение лимфоузла на шее справа. Болен 4 мес. В анамнезе — идиопатический паралич гортани. Обследован по месту жительства, гистологическая верификация №4578/2: плоскоклеточный неороговевающий рак, цитологическое исследование пунктата лимфоузла шеи неинформативно. Установлен диагноз: «Рак гортани III стадии, T3NxM0. II клиническая группа». Согласно плану лечения прошел 2 курса предоперационной полихимиотерапии, без динамики.

Ларингоскопия: новообразование надгортанника с выраженным экзофитным компонентом, занимает правую половину язычной поверхности надгортанника с распространением на гортанную поверхность, основание надгортанника, черпалонадгортанную связку справа. При фонации левая половина гортани неподвижна. Пальпация шеи: справа в средней трети лимфоузел до 2 см в диаметре, подвижный. МСКТ шеи от 30.01.2018: картина опухоли гортани с переходом на гортаноглотку, увеличенный лимфоузел шеи справа. Пациенту рекомендовано хирургическое лечение. 17.04.2018 проведена плановая операция.

Протокол операции: после проведения трахеотомии в просвет трахеи установлена интубационная трубка. Под эндотрахеальным наркозом при подвесной опорной микроларингоскопии при помощи полупроводникового лазера мощностью 10 W выполнена резекция гортани в пределах здоровых тканей. При экспресс-биопсии краев резекции злокачественного роста не обнаружено. Следующим этапом выполнена латеральная шейная диссекция справа.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 14-е сутки выполнено закрытие трахеостомы. По результатам послеоперационной гистологии: плоскоклеточный неороговевающий рак гортани, метастазов в лимфоузлах шеи не обнаружено. По месту жительства проведен курс послеоперационной дистанционной гамма-терапии в суммарной очаговой дозе 46 Гр. При динамическом наблюдении в течение 5 лет данных за рецидив опухоли нет. Дыхание свободное, голос громкий, глотание не нарушено.

Выводы. Пациентам с местно-распространенным раком гортани возможно выполнение эндоларингеальной лазерной резекции.

ВОЗМОЖНОСТИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕЦИДИВАХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

**Мозерова Е.Я., Ложков А.А., Пинчук А.Б.,
Ростовцев Д.М., Сарычева М.М.**

ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии
и ядерной медицины», г. Челябинск
E-mail: e.mozerova@gmail.com

Актуальность. Рецидивные опухоли головы и шеи после проведенной лучевой/химиолучевой терапии представляют собой сложную проблему и характеризуются плохим прогнозом. Лишь небольшая часть пациентов может рассматриваться в качестве кандидатов на хирургическое лечение. Возможности повторной лучевой терапии ограничены толерантностью здоровых тканей. Повторное облучение в режиме гипофракционирования с применением методики стереотаксической лучевой терапии может рассматриваться как ва-

риант локального воздействия при невозможности резекции.

Материалы и методы. В условиях ГАУЗ ЧОКЦОиЯМ (Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины) с 2011 по 2023 г. проведена стереотаксическая лучевая терапия 38 пациентам с рецидивными опухолями головы и шеи. Средний возраст пациентов составил 56,6 года (от 28 до 73 лет). Распределение по полу: мужчины – 23 (60,5 %), женщины – 15 (39,5 %). Распределение по локализации процесса: носоглотка – 12 (31,6 %) пациентов, ротоглотка – 10 (26,3 %), придаточные пазухи носа – 6 (15,7 %), слизистая дна полости рта – 4 (10,5 %), лимфоузлы шеи – 4 (10,5 %), околоушная слюнная железа – 2 (5 %) пациента. Суммарная очаговая доза варьировала от 18 Гр за 1 фракцию до 35 Гр за 5 фракций.

Результаты и выводы. Непосредственно в процессе лечения токсические эффекты отмечены не были, однако результаты стереотаксической лучевой терапии не демонстрировали ожидаемых преимуществ у большинства пациентов. При контрольных исследованиях наблюдались воспалительные изменения тканей, деструкция костных структур, признаки распада в опухоли. Однолетний локальный контроль не превышал 25 %, а наличие частичного ответа или стабилизации процесса в области рецидива сопровождалось прогрессированием процесса в области регионарных лимфоузлов и появлением отдаленных метастазов. Наилучшие результаты были отмечены у пациентов с рецидивами опухоли носоглотки и придаточных пазух носа, для которых данный вариант лечения может быть рассмотрен в качестве метода локального воздействия.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНОАЗАЛЬНОЙ ИНВЕРТИРОВАННОЙ ПАПИЛЛОМЫ

Морозова Н.А., Колядич Ж.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии
и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»,
аг. Лесной, Минский район, Республика Беларусь
E-mail: natalim-22@yandex.ru

Актуальность. Синоназальная инвертированная папиллома (ИП) – это опухоль, характеризующаяся местно-деструктирующим ростом, склонностью к развитию рецидивов и малигнизации. Заболеваемость ИП составляет 0,64–0,74 случая на 100 тыс. населения в год с преобладанием мужчин. Основным методом лечения ИП является хирургический.

Цель. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения синоназальной ИП.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные 82 пациентов с синоназальной ИП, наблюдавшихся в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова

за период с 2010 по 2023 г. В основную (проспективную) группу вошли пациенты ($n = 31$), прооперированные с применением эндоскопической максиллэктомии III, IV типа, этmoidэктомии, фронтотомии Graf II, сфенотомии III типа. Контрольную (ретроспективную) группу составили пациенты ($n = 51$), прооперированные различными методами хирургического лечения (эндоскопическая хирургия, наружные доступы). Оценивались частота осложнений, частота рецидивов, безрецидивная выживаемость, длительность пребывания в стационаре.

Результаты. В проспективной группе осложнения развились у 2 (6,4 %) пациентов, из них у 1 (3,2 %) – онемение в зоне операции, у 1 (3,2 %) – парестезии. В контрольной группе осложнения зафиксированы у пациентов, пролеченных наружными доступами: онемение мягких тканей лица – 14 (63,6 %, 95 % ДИ 40,7–82,8 %) случаев, парестезии – 11 (50,0 %, 95 % ДИ 28,2–71,8 %), боль – 7 (31,8 %, 95 % ДИ 13,9–54,9 %), слезотечение – 5 (22,7 %, 95 % ДИ 7,8–45,4 %), рубцовые изменения мягких тканей лица – 10 (45,5 %, 95 % ДИ 24,4–67,8 %). Двум (9,0 %) пациентам выполнена дакриоцисториностомия. За время наблюдения рецидивы ИП развились у 33 (64,7 %) пациентов в ретроспективной группе, у 5 (16,1 %) – в проспективной группе. Безрецидивная выживаемость пациентов проспективной группы статистически значимо выше по сравнению с контрольной ($p = 0,013$). Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов проспективной группы составила 4,5 (95 % ДИ 3,9–5,2) койко-дня против 6,3 (95 % ДИ 5,2–7,5) в ретроспективной, различия статистически значимы ($p = 0,027$).

Выводы. Применение эндоскопической максиллэктомии III, IV типа, этmoidэктомии, фронтотомии Graf II, сфенотомии III типа для хирургического лечения синоназальной ИП позволяет значительно снизить количество послеоперационных осложнений, повысить показатели безрецидивной выживаемости, сократить длительность пребывания пациентов в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ ЛОСКУТОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Мусин Ш.И.¹, Сулганбаев А.В.¹, Меньшиков К.В.^{1,2},
Осокин С.В.¹, Ильин В.В.¹, Шарафутдинова Н.А.¹,
Баймуратов Т.Р.¹, Насретдинов А.Ф.¹

¹ГАОУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

E-mail: Musin_shamil@mail.ru

Введение. Ежегодно в России диагноз «рак полости рта» устанавливается 9500 пациентам, а доля пациентов с III и IV стадией достигает 65–70 %. Пациенты с III и IV стадией, как правило, имеют негативный прогноз. Полиמודальная терапия при раке полости рта, включающая индукционную химиотерапию с последующим хирургическим лечением, представляет особый интерес в лечении патологии данной области.

Цель. Анализ непосредственных результатов применения ревазуляризированных лоскутов (РВЛ) после неоадьювантной химиотерапии у пациентов с резектабельным раком полости рта III и IVA стадии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 39 пациентов, оперированных с сентября 2020 г. по декабрь 2023 г. в ГАУЗ РКОД МЗ РБ (г. Уфа) со злокачественным новообразованием полости рта III и IVA стадии. Всем пациентам выполнены резекция в объеме R0 и устранение дефекта РВЛ. Средний возраст составил 56 ± 12 лет (95 % доверительный интервал (ДИ) 52–60), из них 51,3 % мужчин и 48,7 % женщин. Распределение по локализациям: язык – 52,3 %, дно полости рта – 23,1 %, щека – 15,4 %, альвеолярный отросток нижней челюсти – 7,7 %. У 51,3 % использовался лучевой лоскут, у 41 % – переднебоковой лоскут бедра, у 7,7 % – малоберцовый лоскут. Пациенты распределены на 2 группы: 1-я группа первичных пациентов – 79,5 % (31/39) и 2-я группа пациентов после неоадьювантной химиотерапии (НХТ) – 20,5 % (8/39). В качестве НХТ применялась стандартная схема DCF 3 курса. В группе первичных пациентов частота осложнений составила 16,1 % (5/31), в группе пациентов после НХТ – 25 % (2/8) ($p = 0,628$). Частота потери лоскута в группе первичных пациентов – 9,7 % (3/31), тогда как в группе пациентов после НХТ – 37,5 % (3/8) ($p = 0,088$). Несмотря на отсутствие статистически значимых различий, применение РВЛ у пациентов после НХТ оказалось сопряженным с высоким риском потери лоскута.

Выводы. В группе пациентов после НХТ частота потери лоскутов оказалось почти в 4 раза выше, чем в группе первичных пациентов, – 37,5 % (3/8) против 9,7 % (3/31) ($p = 0,088$). При этом частота общих хирургических осложнений отличалась не более чем в 1,5 раза – 25 % (2/8) против 16,1 % (5/31) ($p = 0,628$).

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Набиева Г.В.

*Национальный центр онкологии, г. Баку, Азербайджанская Республика
E-mail: gulnar.nebiyeva.1998@mail.ru*

Актуальность. Послеоперационная гипокальциемия до сих пор остается актуальной проблемой хирургии. Несмотря на значительные изменения в подходах к лечению заболеваний щитовидной железы, улучшение технического обеспечения операционных, использование увеличительной оптики, частота послеоперационной гипокальциемии все еще остается высокой.

Цель. Определение причин, влияющих на частоту гипокальциемии после оперативных вмешательств на щитовидной железе.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование на базе Национального центра онкологии с включением пациентов, перенесших оперативное вмешательство на щитовидной железе с января 2019 г. по декабрь 2023 г.

В исследование было включено 1708 пациентов (312 (18,2 %) мужчин и 1396 (81,8 %) женщин) в возрасте 20–78 лет. Поскольку это исследование было ретроспективным, этический комитет освободил исследователей от необходимости получать информированное согласие пациентов.

Стандартное предоперационное обследование включало определение уровня сывороточного кальция и паратиреоидного гормона. Повторное тестирование выполняли через 12 ч после операции.

Мобилизация железы проводилась с селективной перевязкой ветвей щитовидных артерий для профилактики нарушений кровоснабжения паращитовидных желез и визуальным мониторингом возвратного гортанного нерва. Тотальная тиреоидэктомия была проведена 1495 (87,5 %), гемитиреоидэктомия – 213 (22,5 %) пациентам.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде гипокальциемия выявлена у 40 (2,34 %) пациентов, у 33 (1,93 %) – транзиторная, у 7 (0,4 %) – постоянная. По результатам патогистологических исследований у 1351 (79,1 %) пациента были обнаружены злокачественные виды патологии, у 357 (20,9 %) – доброкачественные. Гипокальциемия зафиксирована у 13 (0,76 %) больных с доброкачественными и 27 (1,58 %) со злокачественными заболеваниями.

Необходимо отметить, что у 5 пациентов с постоянной, а также у 20 с транзиторной гипокальциемией до операции был выявлен низкий уровень кальция, витамина D и паратгормона.

Выводы. На основании данных проведенного анализа мы выяснили, что женский пол, тотальная тиреоидэктомия, длительность операции, максимальный диаметр удаленной ткани, предоперационный уровень сывороточного кальция, паратгормона и витамина D имеют ассоциацию с транзиторным гипопаратиреозом ($p < 0,05$).

Таким образом, при заболеваниях щитовидной железы следует выбирать максимально щадящий объем хирургического вмешательства для защиты функции паращитовидной железы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАФАРИНГЕАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ, ИСХОДЯЩИХ ИЗ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Нишонбоев Л.С., Хасанов А.И., Шукуров З.И., Юсупбеков Ах.А., Абдикаримов А.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан
E-mail: dr.latifnishonboev@mail.ru*

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения опухолей парафарингеальной области.

Материалы и методы. В отделении опухолей головы и шеи РСНПМЦОиР в период с 2018 по 2023 г. получили хирургическое лечение 15 пациентов с диагнозом «опухоль парафарингеальной области». При этом 8 (53,3 %) пациентов были мужского пола, а 7 (46,7 %) – женского пола. Возраст пациентов было от 20 до 66 лет, средний возраст – 42 года. По расположению опухоли у 8 пациентов опухоль обнаружена справа и у 7 пациентов – слева. Всем больным проведены ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография с ангиографией и гистологическое исследование. При обследовании выяснялось, что более чем в 60 % случаев парафарингеальные опухоли имели большие размеры.

Результаты. Всем 15 больным было проведено хирургическое лечение доступом из подчелюстной области. При этом разрез произведен на 2–3 см ниже параллельно по краям нижней челюсти. Более чем в 77 % случаев в начале операции проводили перевязку наружной сонной артерии и ее ветвей, а также для хорошего доступа удаляли подчелюстную слюнную железу. Такая подготовка в начале операции обеспечивала профилактику интра- и послеоперационного кровотечения и хороший обзор операционного поля, что, в свою очередь, позволяло радикально удалять даже опухоли больших размеров. При этом размеры опухолей доходили до $10 \times 7 \times 5$ см. Этот размер опухоли считается большим для парафарингеальной области. Во время гистологического изучения послеоперационного материала у 3 из 15 пациентов установлен рак,

из них у 2 — аденокарцинома, у 1 — мукоэпидермоидный рак. В свою очередь, эти больные получили комбинированное лечение. У остальных 12 пациентов определена плеоморфная аденома (доброкачественная) слюнных желез.

Выводы. Парафарингеальные опухоли, исходящие из слюнных желез, гистологически были представлены в основном плеоморфной аденомой. У мужчин среднего возраста опухоли парафарингеальной области встречаются чаще и основным методом лечения является хирургическое вмешательство.

ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПОМОЩИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Панасейкин Ю.А.¹, Капинус В.Н.¹, Филоненко Е.В.³,
Полькин В.В.¹, Севрюков Ф.Е.¹, Исаев П.А.¹,
Иванов С.А.^{1,2}, Каприн А.Д.^{2,3,4}

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

²ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, г. Обнинск

⁴Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Москва
E-mail: deus2@bk.ru

Цель. Фотодинамическая терапия (ФДТ) является эффективной методикой лечения поверхностных очагов рака, минимально повреждающим здоровые ткани. В данном исследовании мы представили опыт лечения рака слизистой оболочки полости рта при помощи ФДТ, проанализировали непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы. С 2016 по 2023 г. в группу были включены 38 пациентов с раком полости рта глубиной инвазии не более 7 мм. Всем пациентам выполнялась ФДТ с фотосенсибилизатором на основе хлорина Е6, который вводился внутривенно за 3 ч до облучения в дозировке 1 мг/кг веса пациента. ФДТ выполнялась при следующих параметрах: Р — 1,0 Вт, Ps — 0,31 Вт/см², Е — 300 Дж/см². Площадь одного поля облучения составляла 1,0–2,0 см².

Результаты. У 35 (92,1 %) из 38 пациентов наблюдалась полная регрессия опухолевого очага после ФДТ, рецидив заболевания выявлен у 3 из 35 пациентов в сроки от 11,5 до 43,2 мес. Общее количество пациентов, не ответивших на лечение, составило 6 (15,8 %) человек. Общий период наблюдения пациентов составил 4,2–87,3 мес (средний — 42,9 мес). Тридцать четыре (89,5 %) из 38 пациентов живы, 1 (2,6 %) умер

от прогрессирования заболевания, трое погибли по другим причинам. Пятилетний показатель общей выживаемости составил 82,1 %, канцер-специфичной выживаемости — 97,0 %, безрецидивная выживаемость составила 81,1 %. Среди факторов, достоверно ($p < 0,05$) влияющих на безрецидивную выживаемость, — глубина инвазии < 5 мм ($p = 0,013$) и наличие лейкоплакии ($p = 0,007$). При оценке канцер-специфичной выживаемости факторами, ухудшающими прогноз, стали возраст > 70 лет ($p = 0,034$) и наличие лейкоплакии ($p = 0,007$).

Выводы. Фотодинамическая терапия является альтернативным методом лечения поверхностных очагов рака полости рта при адекватной оценке распространенности первичного очага и возможности полноценного облучения опухоли. При этом после применения ФДТ сохраняются подлежащие соединительно-мышечные структуры, что способствует быстрому заживлению с минимальным рубцовым процессом, остаются сохранены функции пораженного органа и не формируются косметические дефекты.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПЕРСониФИЦИРОВАННЫХ МАСОК С АДГЕЗИОННЫМ ГЕЛЕМ ДЛЯ КОНТАКТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Прокофьева А.А., Яременко А.И., Лысенко А.В.
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург
E-mail: Prokofevaalina@mail.ru

Актуальность. Во всем мире базальноклеточная карцинома кожи (БККК) и плоскоклеточная карцинома кожи (ПККК) являются наиболее распространенными видами рака. Брахитерапия является одним из методов выбора при лечении, важнейшим условием достижения максимального терапевтического эффекта является подведение источника излучения непосредственно к опухоли. Особенно актуальна эта проблема при лечении больных с БКК и ПКК кожи, расположенными в анатомически сложных областях тела, таких как кожа лица. Возможность многократного воспроизведения позиции источника излучения при каждом из последующих сеансов при проведении фракционированной аппликационной лучевой терапии также является необходимым условием достижения максимального терапевтического эффекта.

Цель. Повысить эффективность лечения пациентов со злокачественными новообразованиями кожи и мягких тканей челюстно-лицевой области за счет

создания индивидуальных аппликаторов с адгезионным слоем, обеспечивающим точность, воспроизводимость положения персонифицированной маски, снижение вероятности осложнений и побочных явлений.

Материалы и методы. Группа пациентов ($n = 5$) получила курс лучевой терапии (РОД = 2–3 Гр; СОД = 60 Гр) с новообразованиями кожи с использованием персонифицированных масок. Моделирование масок было произведено на основе КТ и данных STL, с помощью разработанного программного обеспечения на основе технологии искусственного интеллекта было произведено моделирование индивидуального аппликатора с расстановкой каналов для эндостатов. С помощью фиксирующего гидрогеля были произведены припасовка аппликатора и повторное Rg-исследование пациента с рентгенконтрастными метчиками. Расположение последних сравнивалось с первоначальным дозиметрическим планированием.

Результаты и выводы. По причине немногочисленности группы (5 пациентов) невозможно сделать статистически значимое разделение между случайной и систематической ошибкой.

Для экспериментальной группы среднее смещение составляло 4,66 мм в сравнении с контрольной группой, за контрольную группу принято дозиметрическое планирование на основе компьютерной томограммы.

Данный алгоритм работы позволяет повысить точность позиционирования источника излучения, воспроизводить условия лучевого воздействия при каждом из последующих сеансов, обеспечить возможность предварительного моделирования распределения дозы и других параметров воздействия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РАДИОХИРУРГИИ МЕТАСТАЗОВ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ

Пышкина Ю.С.^{1,2}, Михеев В.А.², Сапожников В.А.²

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара

²ООО «Центр перспективной медицины», г. Самара

E-mail: yu.pyshkina@yandex.ru

Введение. Метастазы в головной мозг (МГМ) определяются более чем у 20 % всех онкологических пациентов. Облучение всего головного мозга (ГМ) являлось стандартным методом лучевой терапии МГМ, но в настоящее время стереотаксическая радиохirurgия (СРХ) является предпочтительным методом лечения пациентов с МГМ, способным обеспечить надежный локальный контроль. Гамма-нож – устройство для СРХ образований ГМ с высоким уровнем эффективности и безопасности.

Цель. Провести анализ результатов СРХ МГМ на установке гамма-нож.

Материалы и методы. На базе ООО «Центр перспективной медицины» г. Самара за период с сентября по декабрь 2023 г. выполнена СРХ 50 МГМ (1–8 образований у одного пациента). Лечение проводилось с использованием Leksell Gamma Knife Icon (Elekta Instrument, Inc, Швеция), для планирования лечения использовали GammaPlan (Elekta). Процедура проводилась после магнитно-резонансной томографии (МРТ) ГМ. Далее через 1 и 3 мес после СРХ выполняли МРТ ГМ с контрастным усилением, проводили оценку объема МГМ. Состояние МГМ считали стабильным, если при последнем наблюдении его объем был в пределах ± 10 % от исходного до СРХ. Прогрессия и регрессия МГМ отмечались увеличением или снижением объема более 10 % соответственно.

Результаты. Выполнено лечение 14 пациентов с МГМ (всего 50 МГМ), медианный возраст – 60 лет (диапазон 49–78 лет). В исследование включены пациенты с МГМ меланомы кожи ($n = 4$), рака легкого ($n = 5$), сигмовидной кишки ($n = 1$), прямой кишки ($n = 1$), молочной железы ($n = 2$), глиобластомы ($n = 1$). Объем мишеней варьировался от 0,030 до 15,747 см³. По результатам контрольной МРТ ГМ у 6 пациентов (19 очагов) 16 МГМ показали регрессию объема (до 75 %), 3 – не изменились в размерах. Один пациент отказался от дальнейшего наблюдения в связи с социально-экономическим статусом, один – предоставил МРТ ГМ несоответствующего формата, поэтому оценить динамику МГМ было невозможно. Остальные обследуемые еще не предоставили данные МРТ ГМ в динамике. За период наблюдения не отмечено ухудшения имеющих и появления новых неврологических симптомов.

Выводы. Стереотаксическая радиохirurgия – эффективный метод лечения МГМ, обеспечивающий высокие показатели локального контроля. Однако необходимо регулярное наблюдение пациентов для оценки состояния образований после лечения, своевременного выявления новых очагов и радионекроза.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕДКИХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ И ГЛОТКИ: ТРАНСОРАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ

Рудык А.Н.^{1,2,3}, Хамитов М.Р.¹, Хамидуллин Р.Г.¹

¹ГАОУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер им. профессора М.З. Сигала» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

²ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань

³Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань
E-mail: anru_onco@inbox.ru

Актуальность. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей в большинстве случаев представлены плоскоклеточным раком, однако встречаются опухоли неэпителиального происхождения. Диагностика и лечение неэпителиальных опухолей недостаточно изучены, им редко посвящены научные публикации. Трансоральная лазерная микрохирургия гортани и глотки прочно вошла в практику многих крупных медицинских центров, являясь стандартом лечения доброкачественных и злокачественных опухолей. В связи с этим вопросы оптимальной дооперационной диагностики, определения тактики и объема лечения при различных нозологических формах с применением трансоральной лазерной микрохирургии гортани и глотки являются актуальными и окончательно не решенными.

Цель. Изучить результаты применения трансоральной лазерной микрохирургии в диагностике и лечении редко встречающихся опухолей гортани и глотки.

Материалы и методы. В ГАОУЗ «РКОД им. проф. М.З. Сигала» с 2020 по 2023 г. выполнено 177 трансоральных лазерных микрохирургических вмешательств. Объем выполненной резекции по классификации M. Remacle: 1-й тип – 6 (3,4 %) случаев, 2-й тип – 28 (16 %), 3-й тип – 22 (12,4 %), 4-й тип – 12 (6,8 %), 5-й и 6-й типы – 12 (6,8 %) случаев. Диагностическая операция и вмешательство на гортаноглотке выполнены 10 (5,6 %) пациентам.

Результаты. У 96 (54 %) из 177 пациентов лазерная резекция выполнена по поводу плоскоклеточного рака гортани и гортаноглотки Tis, T1, T2, T3. У 5 (2,8 %) пациентов выявлены редкие злокачественные и доброкачественные опухоли (злокачественная фиброзная гистиоцитома, экстремедуллярная плазмоцитома, лейомиосаркома, нейроэндокринный рак, фиброзная гистиоцитома), в 1 случае – амилоидоз гортани.

Выводы. В области гортани и глотки встречаются различные морфологические типы злокачественных и доброкачественных опухолей. Данные об эпидемиологии и клинических проявлениях редких опухолей и системных заболеваниях с поражением гортани

и гортаноглотки представляют большой интерес и требуют дальнейшего изучения, особенно на фоне внедрения в практику трансоральной лазерной микрохирургии. Подобные исследования помогут клиницистам в определении верной диагностической и терапевтической тактики у таких пациентов.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ШЕЙНАЯ ДИСЕКЦИЯ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ

Рустамзаде М.А., Амиралиев Н.М.

Кафедра онкологии Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджанская Республика
E-mail: dr.abdullayeva.nco@gmail.com

Актуальность. Рак нижней губы является наиболее частой формой опухолевых образований рака губ и составляет примерно 30 % всех злокачественных опухолей полости рта. По гистологическому строению рак нижней губы в подавляющем большинстве случаев представлен плоскоклеточной карциномой. При раке этой локализации самым важным прогностическим фактором является статус региональных метастазов на шее. Хотя хирургия является методом выбора лечения, профилактическая шейная диссекция при клинически неопределяемых метастазах все еще является предметом обсуждения.

Цель. Изучение эффективности профилактической шейной диссекции при раке нижней губы.

Материалы и методы. В исследование были включены 85 пациентов с плоскоклеточным раком нижней губы T1–4N0M0, которые были прооперированы в одной клинике в период 2008–2023 гг. Пациенты, которым проводилась и не проводилась селективная шейная диссекция после резекции первичной опухоли в соответствии с высоким риском и узловым статусом, были изучены с точки зрения размера первичной опухоли и типа профилактической диссекции шеи.

Результаты. Среди 85 пациентов, которые были классифицированы как T1–4N0 в соответствии с классификацией Американского объединенного комитета по раку (AJCC), у 51 была проведена профилактическая шейная диссекция. Среди этих пациентов у 14 (27,5 %) были диагностированы регионарные метастазы. Профилактическая надподъязычная (I–II) шейная диссекция произведена у 39 пациентов, и у 11 (28,2 %) из них были выявлены метастазы. Среди 12 пациентов, которым проведена боковая шейная диссекция (I–IV), этот показатель составил 25,0 %.

Выводы. Плоскоклеточный рак нижней губы характеризуется относительно хорошим прогнозом, но метастазирование в регионарные лимфатические узлы существенно снижает выживаемость. В отдельных случаях определения стадии опухоли с помощью надподъязычной селективной (I–III) диссекции или биопсии

сторожевого лимфатического узла достаточно для обнаружения скрытых метастазов и предотвращения поздних метастазов в лимфатические узлы.

ОПЫТ БИОПСИИ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА СТ1–2N0M0

**Северюков Ф.Е., Польшин В.В., Панасейкин Ю.А.,
Сигов М.А., Зибиров Р.Ф.**

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

Введение. Рак головы и шеи по распространенности занимает 7-е место среди злокачественных новообразований во всем мире; почти треть опухолей данной локализации приходится на плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта. Метастатическое поражение лимфатических узлов шеи является неблагоприятным прогностическим фактором злокачественных опухолей данной локализации, так как оно связано со снижением показателей общей выживаемости на 50 %. В связи с этим обнаружение метастазов в лимфатические узлы шеи является жизненно важным компонентом качественной онкологической помощи больным с данной патологией.

Цель. Оценить эффективность биопсии сторожевого лимфатического узла (БСЛУ) при плоскоклеточном раке слизистой оболочки полости рта сT1–2N0M0.

Материалы и методы. В исследование включены 72 пациента в возрасте от 21 до 74 лет (средний возраст 57,3 года) с верифицированным диагнозом «плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта сT1–2N0M0». Во всех случаях по данным комплексного предоперационного обследования, включавшего ультразвуковое исследование, компьютерную томографию с контрастированием, тонкоигольную аспирационную биопсию, данные, свидетельствующие о метастатическом поражении лимфатических узлов шеи, не получены. Всем пациентам проведено радиоизотопное исследование для определения топографии сторожевых лимфатических узлов, после чего выполнена их биопсия. До получения информации о состоянии сторожевых лимфатических узлов радикальная шейная лимфаденэктомия не проводилась. Морфологи Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба – филиала Национального медицинского исследовательского центра радиологии выполнили плановое гистологическое исследование сторожевых лимфатических узлов с иммуногистохимическим исследованием.

Результаты. При оценке информативности БСЛУ истинно положительные результаты, означающие его

поражение, получены в 3 из 72 случаев. За период наблюдения от 1 до 69 мес у 3 (4 %) из 69 (96 %) пациентов, у которых в сторожевом лимфатическом узле не было метастаза, выявлено прогрессирование опухолевого процесса в лимфатических узлах. Больным с метастатическим поражением лимфатических узлов выполнена радикальная шейная лимфаденэктомия. Специфичность методического подхода БСЛУ составила 95 %, прогностичность отрицательного результата – 0,04.

Заключение. Биопсия сторожевого лимфатического узла является эффективной методикой субклинического выявления локорегионарных метастазов при раке слизистой полости рта сT1–2N0M0. В нашем исследовании онкологические результаты БСЛУ сопоставимы с результатами радикальной шейной лимфаденэктомии при уменьшении послеоперационных осложнений.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СПОСОБЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКТОПРОТЕЗОВ ЛИЦА

Сельский Н.Е., Коротик И.О.

*Кафедра ортопедической стоматологии с курсами ИДПО
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский
университет» Минздрава России, г. Уфа
ООО «Клинический центр профессора Сельского», отделение
челюстно-лицевого протезирования, г. Уфа
E-mail: ikorotik@gmail.com*

Актуальность. Дефекты лицевой области (наружно-носа, орбиты, наружного уха, а также их сочетанные изъяны) доставляют больным большие страдания, препятствуя их интеграции в социум. По нашим данным, в структуре причин дефектов лицевой области 85 % приходится на врожденные дефекты, 10 % – на пострезекционные и 5 % – на посттравматические.

Восстановление дефектов подобного рода представляет особые трудности ввиду сложности анатомии восстанавливаемой части лица и непредсказуемости результата при пластических операциях. Зачастую восстановительные методики многоэтапные, травматичны для больного.

Экзопротезирование в значительной мере, по сравнению с хирургической реконструкцией, решает проблему эстетической и иногда функциональной реабилитации больного с дефектами лица. Фиксация экзопротеза составляет отдельную проблему. Для решения данного вопроса были предложены способы фиксации экзопротеза на очковой оправе, на клею, хирургическим путем создаются дополнительные ретенционные пункты. Постоянное использование клея ведет к развитию аллергических реакций, мацерации кожи. Фиксация протеза на очковой

оправе вынуждает практически постоянно носить очки и ненадежна.

В 1975 г. А. Tjellstrom, ученик и последователь P.I. Branemark, разработал и внедрил экстраоральные имплантаты для фиксации аппарата костной проводимости звука, в последующем используемые для фиксации лицевого протеза.

Цель. Анализ опыта устранения сложных лицевых дефектов экзопротезами с опорой на различные виды экстраоральных имплантатов.

Материалы и методы. С 2005 г. под нашим наблюдением находятся 52 человека. Из них с диагнозом «тотальный дефект наружного уха различной этиологии» – 29 человек (5 человек с двусторонней микроотией), 19 – с анофтальмом, 2 – с дефектом наружного носа и 2 пациента с сочетанным дефектом половины лица. Для фиксации лицевых протезов были установлены 112 экстраоральных имплантатов.

В одном случае у пациента с двусторонней микроотией в результате неудовлетворительной гигиены кожи вокруг абатментов возник переимплантит, экстраоральные имплантаты открытого типа (4 имплантата) были удалены. В последующем была произведена реимплантация.

В отдаленном постоперационном периоде (от 4 до 24 нед) было изготовлено 105 индивидуальных протезов с опорой на имплантаты. Наш опыт определил, что срок эксплуатации протеза ввиду износа силикона составляет 2 года, 60 % больных протезы изготовлены повторно.

Хороший эстетический результат, надежную фиксацию протеза отмечают 40 (97 %) пациентов, получивших индивидуальный лицевой протез. Один человек (3 %) ввиду ярко выраженной сочетанной деформации лица остался недоволен результатами реабилитации. Шесть больных с открытыми имплантатами жалуются на затруднительную гигиену кожи вокруг имплантатов.

Индивидуальный лицевой протез с опорой на экстраоральные имплантаты имеет ряд преимуществ перед хирургическим лечением и экзопротезированием, таких как:

- предсказуемость результата;
- малая травматичность;
- одна операция;
- надежная фиксация протеза без дополнительных вспомогательных средств (очковая оправа, головная лента);
- высокий эстетический результат.

Выводы. Применение экстраоральных имплантатов для фиксации лицевых протезов и использование силикона как протезного материала – перспективный шаг в социальной адаптации больных с лицевыми дефектами различной этиологии. Наш опыт показывает, что на сегодняшний день необходимо отказаться от

традиционных реконструктивных операций при тотальном дефекте наружного уха, носа ввиду невозможности создания сложного трехмерного рельефа и многоэтапности восстановительных операций.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МАКСИЛЛЭКТОМИИ

Сельский Н.Е., Коротик И.О., Мусин Ш.И.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

*ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа
ООО «Клинический центр профессора Сельского», отделение челюстно-лицевого протезирования, г. Уфа
E-mail: ikorotik@gmail.com*

Актуальность. Средняя зона лица представляет собой одну из самых трудных областей для реконструкции. Это связано со сложной трехмерной анатомией, близостью критических структур (орбита, основание черепа), большой индивидуальной вариабельностью, чрезвычайно важной эстетической ролью данной области.

Целью реконструктивного этапа хирургического вмешательства является не только устранение косметической деформации, но и восстановление таких жизненно важных функций, как дыхание, глотание, речеобразование, бинокулярное зрение.

Восстановление зубного ряда, разграничение носовой ротоглотки протезами с опорой на различные виды дентальных имплантатов в значительной мере позволяют функционально реабилитировать пациентов данной группы.

Цель. Анализ опыта реабилитации пациентов с пострезекционными дефектами верхней челюсти.

Материалы и методы. С 2010 г. под нашим наблюдением находятся 8 человек, которым были установлены различные виды дентальных имплантатов. Части пациентов ($n = 3$) была выполнена реконструкция мягкого неба с помощью лучевого лоскута на микрососудистых анастомозах. Всем пациентам были изготовлены зубные протезы, из них в 4 случаях – протезы-обтураторы неба.

Протезы-обтураторы с опорой на дентальные имплантаты имеют ряд преимуществ перед хирургическим лечением с последующим протезированием традиционным способом, таких как:

- предсказуемость результата;
- малая травматичность;
- одна операция;
- надежная фиксация протеза без дополнительных вспомогательных средств;
- высокий эстетический результат.

Выводы. Применение дентальных имплантатов для фиксации зубных и протезов-обтураторов после

максиллэктомии — перспективный шаг в социальной адаптации больных с пострезекционными дефектами верхней челюсти.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛИЗИСТО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА НА ЛИЦЕВЫХ СОСУДАХ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЕФЕКТОВ ПОЛОСТИ РТА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Скопин А.С., Зайцев М.Б., Захаркина Т.В.,
Носов Т.А., Григорьев А.В.

ГБУ РО «Областной клинический онкологический
диспансер», г. Рязань
E-mail: a.s.skopin@mail.ru

Актуальность. Радикальное хирургическое лечение патологии головы и шеи при злокачественных новообразованиях представляет собой один из важнейших разделов онкологии и требует от специалиста знания и владения различными методами замещения послеоперационных дефектов. Выбор варианта реконструкции определяется различными факторами: размером и локализацией первичной опухоли, объемом образовавшегося дефекта, возрастом, сопутствующей патологией, прогнозом заболевания, умением хирурга, оснащенностью операционной, предпочтениями пациента. На сегодняшний день существует довольно широкий выбор пластического материала — от свободного расщепленного до сложных по составу ревазуляризованных лоскутов. Постепенно в регионах лидирующее место в лечении больных со сложными дефектами органов головы и шеи занимает микрохирургия. Однако использование ревазуляризованных аутоотрансплантатов возможно не у всех категорий больных и не во всех учреждениях, в связи с чем продолжается поиск новых методов реконструкции с целью улучшения функциональных и эстетических результатов и снижения травматичности.

Цель. Внедрение в повседневную практику использования слизисто-мышечного лоскута на лицевых сосудах для реконструкции дефектов полости рта в условиях отделения лечения опухолей головы и шеи онкологического диспансера Рязанской области.

Материалы и методы. Представлен анализ использования слизисто-мышечного лоскута на лицевых сосудах для реконструкции дефектов б первичных пациентов с морфологически верифицированным раком слизистой оболочки полости рта T2–4N0M0 стадии, которые получали лечение в ГБУ РО ОКОД в период с марта 2023 г. по декабрь 2023 г. На первом этапе комбинированного лечения выполнялось хирургическое вмешательство с одномоментной реконструкцией образовавшегося дефекта слизисто-мышечным лоскутом на лицевых сосудах. Одной части пациентов была

проведена адьювантная лучевая терапия, другой части рекомендовано динамическое наблюдение.

Результаты. Определены следующие преимущества данной методики: ни в одном случае не было нарушения питания лоскута; короткий период реабилитации; дефект в полости рта замещается близкими по структуре тканями самого пациента; низкое снижение функции глотания, питания, разговорной речи; практически отсутствие косметического дефекта со стороны лица и шеи; отсутствие роста волос во рту и дефекта донорского ложа.

Выводы. Полученные хорошие функциональные и эстетические результаты дали возможность включить использование слизисто-мышечного лоскута на лицевых сосудах для реконструкции дефектов полости рта в арсенал нашего отделения.

РОЛЬ ТРАНСОРАЛЬНЫХ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ И ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ РЕЗЕКЦИЙ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА РОТОГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛИМФОУЗЛУ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

Соколова М.И., Вонглая Д.М., Гузь А.О.

ГАОУ «Челябинский областной клинический центр онкологии
и ядерной медицины», г. Челябинск
ГАОУ ТО «Многопрофильный клинический медицинский центр
«Медицинский город», г. Тюмень
E-mail: mascha23.06@mail.ru

Актуальность. Частота метастазирования в лимфоузлы шеи без выявленного первичного очага (ВПО) составляет 3–5 %. Мировая общая стандартизированная заболеваемость на 100 тыс. человек в год составляет от 4 до 19 случаев. Идентификация скрытых первичных опухолей глотки по-прежнему остается сложной задачей ввиду ее анатомических особенностей, поэтому все больший интерес вызывает использование трансоральных эндоскопических, лазерных и микрохирургических методов диагностики.

Цель. Изучить эффективность микрохирургической тонзиллэктомии, видеоассистированной резекции корня языка, панэндоскопии с направленной биопсией в идентификации первичной опухоли ротоглотки.

Материалы и методы. В исследование включены 82 пациента с метастазами плоскоклеточного рака в лимфатические узлы шеи без ВПО за период с января 2016 г. по октябрь 2023 г. Критерии включения: морфологически верифицированные метастазы в лимфатические узлы шеи, отсутствие первичной опухоли после проведенного обследования. Среди участников исследования преобладали мужчины — 63 %. Средний возраст — 61 год.

Результаты. При выполнении микрохирургической тонзиллэктомии с использованием операционного микроскопа рак небной миндалины был верифицирован в 9,7 % случаев ($n = 10$). Согласно данным гистологического исследования размеры опухоли составили от 0,5 до 0,9 см, глубина инвазии — от 0,1 до 0,9 см, в 1 случае выявлен рост опухоли по дну резекции. Отступ от дна 0,2 см — в 3 (37,5 %) случаях, в 6 (60 %) — близкий край от 0,2 до 0,4 см, с одинаковой частотой встречались периневральная (37,5 %), периваскулярная инвазия (60 %), опухолевые эмболы (60 %). В 70 % случаев по данным иммуногистохимического (ИГХ) исследования выявлена экспрессия p16, ВПЧ-ассоциированная. Рак корня языка был верифицирован в 8,7 % случаев ($n = 9$) при проведении видеоассистированной лингвальной тонзиллэктомии ($n = 2$) и панэндоскопии с биопсией корня языка ($n = 7$). По результатам гистологического заключения размеры опухоли соответствовали T1, глубина инвазии — от 0,3 до 0,9 см. Радикальный отступ от дна ($>0,5$ см) выявлен в 44 % случаев ($n = 4$), близкий край резекции ($<0,4$ см) — в 66 %, периневральная инвазия — в 33 % ($n = 3$), периваскулярная инвазия — в 55 % ($n = 5$), опухолевые эмболы — в 33 % случаев ($n = 3$). По данным ИГХ-исследования экспрессия p16 выявлена в 1 (11 %) случае, ассоциация с ВПЧ — в 3 случаях.

Выводы. Развитие и более широкое применение трансоральных технологий, в частности небной и лингвальной тонзиллэктомии, является ценной диагностической опцией в верификации рака ротоглотки у пациентов с метастазами плоскоклеточного рака в шейные лимфоузлы без ВПО.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА

Спирин П.И., Полькин В.В., Голубев К.А., Гулидов И.А.

*Московский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Обнинск
E-mail: pavel.spirin19@gmail.com*

Актуальность. Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух составляют до 20 % от новообразований верхних дыхательных путей. Чаще поражаются верхнечелюстные пазухи и полость носа, реже — решетчатый лабиринт, лобная и клиновидная пазухи. Часто местно-распространенные новообразования этой локализации поражают глазницу, распространяются на основание и в полость черепа.

Согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения РФ, пациентам с местно-распространенными опухолями полости носа и околоно-

совых пазух показано хирургическое лечение на первом этапе с последующим проведением послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии.

Традиционные хирургические подходы к этой зоне подразумевают выполнение разреза мягких тканей центральной зоны лица, что, безусловно, приводит к неудовлетворительным косметическим результатам.

Цель. Разработка плана органосохраняющего лечения у молодой пациентки с местно-распространенным раком решетчатого лабиринта.

Материалы и методы. В поликлинику МРНЦ им. А.Ф. Цыба обратилась пациентка 32 лет с жалобами на слезотечение справа и чувство дискомфорта в области правой орбиты. При комплексном обследовании выявлено новообразование решетчатого лабиринта справа с распространением в полость правой орбиты без вовлечения в опухолевый процесс структур орбиты. Выполнена биопсия, верифицирован плоскоклеточный рак. Клинический случайотягощен наличием у пациентки детского церебрального паралича.

Тактика лечения обсуждена на консилиуме. Принято решение о выполнении на первом этапе хирургического лечения в объеме эндоназального удаления новообразования.

На втором этапе лечения пациентке проведен послеоперационный курс протонной терапии в разовой очаговой дозе 2 изоГр до суммарной очаговой дозы 66 изоГр.

Результаты. В течение 2-летнего динамического наблюдения не отмечено признаков прогрессирования основного заболевания. В результате применения эндоскопической хирургической техники удалось избежать косметических дефектов лица.

Выводы. Эндоназальный подход при новообразованиях околоносовых пазух позволяет избежать возникновения рубцовых деформаций лица, а современные методики лучевой терапии позволяют минимизировать нагрузку на критические структуры.

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ХИМИОТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ С ЦЕТУКСИМАБОМ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Стукань А.И.^{1,2}, Кутукова С.И.^{3,4}, Порханов В.А.^{1,5},
Бодня В.Н.^{1,5}, Семиглазова Т.Ю.^{2,6},
Нефедова Е.А.^{1,7}, Асеева И.И.⁷

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

³СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

⁴ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

⁵ГБУЗ «НИИ – Краснодарская краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского», г. Краснодар

⁶ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

⁷ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1», г. Краснодар
E-mail: jolie86@bk.ru

Актуальность. В клинической практике портрет больного плоскоклеточным раком головы и шеи (ПРГШ) при назначении химиотаргетной терапии и поддерживающей таргетной терапии (ХТ + ТТ/ТТ) с цетуксимабом редко соответствует регистрационным исследованиям ввиду низкого общесоматического статуса и клинических особенностей. Это обуславливает мало ожидаемый эффект от лечения и диктует поиск маркеров эффективности для персонализации терапии.

Цель. Поиск предикторов эффективности ХТ + ТТ/ТТ с цетуксимабом при ПРГШ.

Материалы и методы. Данные первичной документации больных, получивших ХТ + ТТ/ТТ в 2020–2023 гг. в онкологическом диспансере г. Краснодара (протокол НЭК КубГМУ №87 от 24 марта 2020 г.). Изучены показатели общего анализа крови (ОАК), индексы СВР до начала ХТ + ТТ/ТТ и через 12–16 нед, их влияние на достижение клинического ответа (КО), объективного ответа (ОО) и на время без прогрессирования (ВБП).

Результаты. Включено 36 мужчин (69 %) и 16 женщин (31 %). Средний возраст – 54,75 года (33–73 года). У 48 % выявлен рак ротоглотки, у 29 % – рак полости рта, у 3,8 % – рак носоглотки, в 80 % случаев – III и IVA стадии. У 50 % определен p16, из них 69 % имели p16+ статус. В 21 % случаев назначена схема цисплатин/карбоплатин + 5-ФУ, в 51,9 % – паклитаксел + карбоплатин (П + К) (1 раз в 3 нед, еженедельно); доцетаксел + цисплатин – 7,7 %, другие режимы –

19 % больных. ХТ + ТТ в индукции назначена 19,23 %, в 1-й линии – 34,62 %, во 2-й линии – 28,85 %, в ≥ 3-й линии – 13,45 % пациентов. Операция до ХТ + ТТ выполнена 26,92 %, лучевая/химиолучевая терапия – 65,38 % больных. КО и ОО при ХТ + ТТ через 12–14 нед от старта терапии не зависели от клинических характеристик ($p > 0,05$), но схема П + К с цетуксимабом связана с КО ($p < 0,05$). Проведение ХТ + ТТ через 12–16 нед привело к увеличению абсолютного числа эритроцитов (АЧЭ), повышению лимфоцитарно-моноцитарного индекса (LMR) и снижению индекса СВР SIM (отношение произведения нейтрофилов на моноциты к лимфоцитам) ($p < 0,05$). На снижение ВБП влияли исходное АЧЭ $< 3,9 \times 10^{12}/л$ (AUC = 0,780; 95 % ДИ 0,616–0,944, $p = 0,0008$) и АЧЭ $\leq 3,8 \times 10^{12}/л$ через 12–16 нед (AUC = 0,748; 95 % ДИ 0,554–0,941, $p = 0,0120$). На снижение ВБП влиял LMR $> 3,27$ через 12–16 нед (AUC = 0,685; 95 % ДИ 0,486–0,885; $p = 0,0691$). Модель, снижающая ВБП, включает: исходное АЧЭ $\leq 3,9 \times 10^9/л$; АЧЭ $\leq 3,8 \times 10^9/л$ через 12–16 нед ХТ + ТТ/ТТ и отсутствие ЧО (AUC = 0,792; 95 % ДИ 0,706–0,877; $p = 0,0079$).

Выводы. Для достижения максимальной эффективности ХТ + ТТ/ТТ с цетуксимабом у больных ПРГШ необходимо учитывать показатели ОАК и индексы СВР, корректировать анемию и отдавать предпочтение схеме П + К.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГУБЫ

Судаков А.И., Куликов Е.П., Судаков И.Б.,
Антипова Е.С.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова»

Минздрава России, г. Рязань

E-mail: theleos@inbox.ru

Актуальность. Ежегодно в РФ диагностируется до 2 тыс. случаев рака губы, при этом доля запущенных стадий остается невысокой (менее 10 %). Однако у части пациентов данной группы имеются противопоказания к хирургическому лечению, что делает актуальными вопросы проведения лучевой терапии. При этом, если для начальных форм наиболее часто применяется близкофокусная рентгенотерапия, то в силу недостаточной проникающей способности для объемных новообразований с толщиной более 2 см используются дистанционные методики облучения (ДЛТ).

Цель. Проанализировать и оценить роль ДЛТ при лечении распространенных форм рака губы на примере клинического случая.

Материалы и методы. За период 2013–2023 гг. на базе радиотерапевтического отделения Рязанского

онкологического диспансера было радикально пролечено 18 пациентов с опухолями Т3–4.

Пациент М., 82 года, диагноз «рак нижней губы cT4aN0M0 IVa st.». Местный статус: вся кайма нижней губы замещена опухолевыми разрастаниями 10 см в длину, распространяющимися на 1/2 мягких тканей губы без явного прорастания нижней челюсти и слизистой дна полости рта, с выраженным неравномерным экзофитным компонентом до 3–4 см, с участками некроза и распада, сукровичным отделяемым, гнилостным запахом. Периферические лимфоузлы интактны.

Результаты. Пациенту проведен курс конформной ДЛТ на линейном ускорителе Varian TrueBeam с фиксирующей термопластической маской с вырезом над опухолью, методикой IMRT, с 5 полей с разовой очаговой дозой 2,5 Гр до суммарной очаговой дозы (СОД) 45 Гр (18 фракций). Дополнительно на опухоль накладывался болюс из смоченной водой марли толщиной 1 см. С учетом положительной динамики (уменьшение размеров более 50 %) была выполнена повторная разметка и СОД доведена до 62,5 Гр, что изоэффективно 70 Гр классического фракционирования. При осмотре через 2 мес отмечена полная резорбция опухоли. Спустя 1 год наблюдения признаков рецидива заболевания также не отмечено, косметический эффект удовлетворительный.

Выводы. Приведенный клинический случай свидетельствует об эффективности ДЛТ как метода выбора при радикальном лечении запущенных форм рака губы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Тризна Н.М., Колядич Ж.В.

*Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь
E-mail: triznachka@gmail.com*

Актуальность. В Республике Беларусь отмечен высокий уровень выявления опухолей головы и шеи (ОГШ) в поздних стадиях (до 67,8 % случаев), чем обусловлен поиск путей повышения эффективности ранней диагностики ОГШ.

Цель. Оценить эффективность программ по раннему выявлению ОГШ.

Материалы и методы. Исследование основано на принципах процессного подхода. Применялись методы анализа, синтеза и информационного моделирования.

Результаты. Проблема ранней диагностики ОГШ впервые поднята по инициативе РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова в 2014 г., когда согласно концепции Европейского общества исследователей головы и шеи начато

проведение профилактических осмотров мультидисциплинарными бригадами в составе онколога, оториноларинголога, стоматолога по обращаемости с привлечением внимания общественности и приглашением на осмотры через средства массовой информации. Эффективность проведения мероприятий: выявление злокачественных новообразований (ЗНО) – 2,8 % случаев, доброкачественных опухолей – 12,1 %, хронических заболеваний – 40,6 %.

В 2019 г. в результате добавления предварительной записи через колл-центр и благодаря сортировке пациентов по разработанному опроснику в 2,5 раза увеличилось число выявленных предопухолевых заболеваний (7,7 %) и в 1,5 раза – ЗНО (4,2 %).

Изменение формы работы путем введения активного анкетирования и осмотра командой врача общей практики и медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов целевой группы (старше 40 лет) в Славгородском районе Могилевской области позволило выявить ЗНО у 5,6 % осмотренных условно здоровых лиц, предопухолевые заболевания – у 31,8 %, опухолеподобные заболевания – у 19,6 %, воспалительные заболевания – у 37,4 %.

В рамках пилотного проекта в Брестской области в 2023 г. к вышеуказанному формату отбора пациентов добавлены осмотры выявленной группы оториноларингологом, стоматологом районного уровня для морфологической верификации. При невозможности выполнения биопсии в районном ЛПУ пациенты направлялись в онкодиспансер. ЗНО выявлены в 53,7 % случаев от общего количества выполненных биопсий, предопухолевые заболевания – в 29,3 %.

Выводы. Программа ранней диагностики ОГШ, основанная на грамотной сортировке пациентов, показала лучшие результаты при отсутствии повышенной нагрузки на специализированное звено оказания помощи без длительного обследования.

НАЧАЛЬНЫЕ СТАДИИ РАКА ПОЛОСТИ РТА: РЕКОНСТРУКЦИЯ ИЛИ НЕТ?

Фаткуллин Д.М.

*ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», г. Челябинск
E-mail: GABA-9@yandex.ru*

Актуальность. Рак полости рта является ведущим в структуре заболеваемости опухолей головы и шеи во всем мире. Хирургическое лечение рака полости рта I и II стадии часто является основным методом в его комплексном лечении. Вопрос реконструкции дефекта после резекционного этапа является неоднозначным и дискуссионным. Окончательное решение зависит от сопутствующей патологии, локализации опухоли, желаний пациента, навыков хирурга.

Цель. Провести анализ пациентов с диагнозом «рак полости рта I и II стадии», получавших хирургическое лечение в условиях ГАУЗ ЧОКЦО и ЯМ с 2018 по 2022 г.

Материалы и методы. В отделении опухолей головы и шеи на базе ГАУЗ ЧОКЦО и ЯМ в период с 2018 по 2022 г. было пролечено 140 первичных пациентов с диагнозом «рак полости рта I и II стадии», что составляет 45 % от общего количества пациентов. Все пациенты получали хирургическое лечение на первом этапе. По методам реконструкции: 103 пациента – реконструкция «край в край», 16 пациентов – субментальный лоскут, 13 пациентов – свободный лучевой лоскут с предплечья, 6 пациентов – носогубный лоскут, 1 пациент – инфрахиоидальный лоскут, 1 пациент – свободный полнослойный кожный лоскут.

Результаты. По результатам анализа данных, чаще всего пластика после удаления первичной опухоли не была необходима. Преимущество первичного ушивания заключается в относительном сокращении времени операции, но в определенных клинических ситуациях можно столкнуться с ухудшением функциональных результатов. При локализации опухоли в области слизистой дна полости рта вблизи к слизисто-десневому переходу реконструкция лоскутом является избыточной, ушивание «край в край» может повлечь за собой нарушение подвижности языка, вторичное заживление всегда имеет риск вторичного кровотечения. Различные варианты реконструкций в работе отделения опухолей головы и шеи позволяют комплексно подходить к реконструктивному этапу операции в лечении рака полости рта.

Выводы. Реконструкция дефекта при лечении рака полости рта является актуальной проблемой в комплексном лечении данной нозологии. Умение хирургов выполнять различные варианты пластики позволяет комплексно подходить к лечению пациентов с раком полости рта. Планирование до операции и правильная тактика при выборе реконструкции позволяют обеспечить оптимальные функциональные результаты и сроки восстановления.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГОРТАНИ III–IV СТАДИИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Фролова А.А.¹, Петриков А.С.^{1,2}, Гликенфрейд Г.М.¹,
Вихлянов И.В.¹

¹КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»,
г. Барнаул

²ООО «Сибирский институт репродукции и генетики
человека», г. Барнаул

E-mail: anas.ia2205@gmail.com

Актуальность. Рак гортани находится на 1-м месте среди опухолей лор-органов в России. Более 95 % случаев опухоли данной локализации верифицируются

как плоскоклеточный рак. Согласно официальной статистике, злокачественными заболеваниями гортани мужчины болеют в 9–10 раз чаще, чем женщины. В России за 2022 г. заболеваемость раком гортани составила 28,7 на 100 тыс. населения. В Алтайском крае за 2022 г. с раком гортани выявлено 122 мужчины (5,66 на 100 тыс. населения) и 5 женщин (0,23 на 100 тыс. населения). Больше половины случаев пришлось на III и IV стадии заболевания. Отсутствие онконастороженности у населения и медицинского персонала, несвоевременность обращения пациентов, различное клиническое течение и отсутствие единых подходов к ведению пациентов с раком гортани приводят к высокой летальности на 1-м году жизни таких пациентов с момента установления диагноза (по России – 20,2 %, по Алтайскому краю – 18,7 %), а также развитию нежелательных осложнений. Все вышеизложенное явилось предпосылкой для нашего исследования.

Цель. Изучить эффективность и безопасность радикального хирургического лечения у пациентов с раком гортани III–IV стадии в раннем послеоперационном периоде с учетом массы тела, а также летальность на 1-м году жизни пациентов с впервые установленным диагнозом.

Материалы и методы. В отделении опухолей головы и шеи КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» (г. Барнаул) с июля 2022 г. по январь 2024 г. было пролечено 65 пациентов с плоскоклеточным раком гортани III–IV стадии, из них 45 (69,2 %) пациентов с III стадией и 20 (30,7 %) – с IV стадией заболевания.

Большинство пациентов составили мужчины ($n = 59$; 90,7 %). Средний возраст мужчин составил $63,9 \pm 2,2$ года, женщин – $62,1 \pm 4,2$ года. Ключевые факторы риска: курение и хронический ларингит в анамнезе (100 %), хронический алкоголизм (9,2 %). Исходно перед началом онкологического лечения нормальная масса тела (средний индекс массы тела (ИМТ) – $21,7 \text{ кг/м}^2$) была у 30 (46,1 %) пациентов, а у 35 (53,9 %) отмечено нарушение массы тела: дефицит массы тела (средний ИМТ – $17,3 \text{ кг/м}^2$) – у 5 (7,7 %), избыточная масса тела (средний ИМТ – $27,9 \text{ кг/м}^2$) – у 17 (26,1 %) больных. Ожирение I–II степени (средний ИМТ – $33,2 \text{ кг/м}^2$) установлено у 13 (20,0 %) пациентов.

Пациентам с раком гортани выполнялось оперативное лечение с последующей лучевой терапией на ложе и зону лимфооттока до 54 Гр. Двенадцати (18,4 %) пациентам выполнена ларингэктомия с лимфодиссекцией, остальным 53 (81,5 %) больным – стандартная ларингэктомия (в том числе расширенная с резекцией глотки, резекцией щитовидной железы и т.д.).

Периоперационное ведение пациентов осуществлялось по общепринятым методикам с учетом сопутствующей патологии, ИМТ, клинико-лабораторных показателей крови и системы гемостаза. Профилактика

венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО) проводилась антикоагулянтами (низкомолекулярный гепарин/эноксапарин) согласно рекомендациям АФР (2015, 2023) и RUSSCO (2022) с учетом массы тела. Риск развития ВТЭО исходно оценивался по шкале Саргини, варьируя от 5 до 12 баллов, составляя в среднем 6 баллов (5 баллов – 25 (38,4 %) пациентов, 6 баллов – 23 (35,8 %), 7 баллов – 10 (15,4 %), 8 баллов – 5 (7,7 %), 9 и 12 баллов – по 1 (1,5 %) пациенту).

Низкомолекулярный гепарин/эноксапарин назначался по 4000 МЕ анти-Ха активности 1 раз в сутки за 12 ч перед операцией и далее с 1-х суток послеоперационного периода не менее 10 дней. Пациентам с массой тела выше 120 кг дозировка назначалась в 1,5 раза больше, далее согласно рекомендациям не менее 14 дней. Также всем пациентам применялись эластическая компрессия нижних конечностей (чулки 1–2-го класса компрессии или эластичные бинты), ранняя активизация и адекватная гидратация. У всех больных исходно перед лечением и в динамике (на 10–15-е сутки) выполнялось дуплексное сканирование вен нижних конечностей и нижней полой вены (НПВ) с целью выявления венозных тромбозов. Оценка риска геморрагических осложнений осуществлялась по шкале АССР (2016).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 4 (4,6 %) пациентов на 3–4-е сутки развились клинически незначимые кровотечения из верхней трети трахеи в зоне контакта с трахеостомической трубкой (пациент 1, 80 лет, с избыточной массой тела (ИМТ – 29,4 кг/м²), риск ВТЭО – 8 баллов, риск кровотечения – 4 балла; пациент 2, 64 года, с избыточной массой тела (ИМТ – 29,1 кг/м²), риск ВТЭО – 4 балла, риск кровотечения – 3 балла; пациент 3, 62 года, с нормальной массой тела (ИМТ – 23,2 кг/м²), риск ВТЭО – 6 баллов, риск кровотечения – 3 балла; пациент 4, 66 лет, с избыточной массой тела (ИМТ – 29,3 кг/м²), риск ВТЭО – 5 баллов, риск кровотечения – 2 балла). Кровотечения купированы однократным введением транексамовой кислоты 1000 мг в/в, антикоагулянтная терапия (АКТ) отменена. У 7 (10,7 %) пациентов из-за несостоятельности швов сформировались фарингостомы. Летальные исходы в этой группе на стационарном этапе не наблюдались.

Исходно у одного пациента с раком гортани IV стадии и нормальной массой тела (риск ВТЭО – 4 балла, риск кровотечения – 3 балла) на момент поступления выявлен тромбоз подкожных вен левой голени. На 2-е сутки на фоне АКТ в дозировке 4000 МЕ анти-Ха активности 2 раза в сутки и эластической компрессии нижних конечностей выполнена ларингэктомия. Больной активизирован в 1-е сутки после операции. В послеоперационном периоде продолжена АКТ в прежних дозировках, эластическая компрессия нижних конечностей, а также адекватная гидратация в течение

5 дней. На 10-е сутки пациенту выполнено дуплексное сканирование вен нижних конечностей и НПВ на аппарате General Electric LOGIO P9, венозные тромбозы не выявлены.

В течение года после установления диагноза и оперативного вмешательства умерли 6 пациентов (4 пациента с III стадией, 2 пациента с IV стадией) вследствие продолженного роста опухоли в трахею. Пятьдесят (76,9 %) пациентов находятся в ремиссии, 8 (12,3 %) пациентов после операции находятся в процессе лучевой терапии, а у 1 (1,5 %) пациента выявлен местный рецидив.

Выводы. Рак гортани по частоте встречаемости занимает 1-е место среди опухолей лор-органов в Алтайском крае. Перед оперативным вмешательством целесообразно осуществлять профилактику ВТЭО с оценкой риска по шкале Саргини и учетом веса больных, а также оценивать риск кровотечения по шкале АССР, выполнять дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Следует отметить, что в раннем послеоперационном периоде у больных раком гортани преобладают геморрагические осложнения, которые купируются короткими курсами введения транексамовой кислоты. При этом исходно наблюдается высокий риск развития геморрагических осложнений. Дозировки низкомолекулярного гепарина целесообразно назначать с учетом массы и ИМТ пациента. Персонифицированная стратегия в лечении пациентов с раком гортани на III–IV стадии заболевания в Алтайском крае с акцентом на оперативное лечение и последующую лучевую терапию на ложе и зону лимфооттока позволила уменьшить смертность на 30 % в течение года по сравнению с 2014–2015 гг.

ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

Шейко А. В.

ГБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»,

г. Владимир

E-mail: andreysheyko87@gmail.com.

Актуальность. Вопрос об объеме облучения пациентов с метастазами плоскоклеточного рака в лимфатических узлах шеи без выявленного первичного очага (ВПО) остается нерешенным ввиду дефицита клинических исследований. Эскалация или деэскалация лечения может иметь прямую зависимость от факторов прогноза.

Цель. Сравнительная оценка результатов лечения при использовании ипсилатеральной (только пораженная

сторона шеи) или тотальной (шея билатерально и слизистая глотки) лучевой терапии (ЛТ). Анализ влияния клинических факторов на общую выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессирования (ВБП).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное нерандомизированное клиническое исследование. Двухлетние ОВ и ВБП были оценены у 26 больных с метастазами плоскоклеточного рака в лимфатических узлах шеи без ВПО, которым было проведено комбинированное лечение, включавшее ЛТ. Неоперабельным пациентам проводилась самостоятельная ЛТ (3,85 %), или последовательная химиолучевая терапия (ХЛТ) (11,5 %), или одновременная ХЛТ (3,85 %). Оперативным пациентам проводилась неадьювантная ЛТ с последующей лимфодиссекцией (34,6 %) либо лимфодиссекция с последующей адьювантной ЛТ (11,5 %), или адьювантной последовательной ХЛТ (7,7 %), или адьювантной одновременной ХЛТ (27 %). У 50 % пациентов доза ЛТ превысила 60 Гр, в 50 % – составила менее 60 Гр. У 54 % пациентов в объем облучения были включены только ипсилатеральные шейные лимфатические узлы. 46 % больных получили ЛТ на слизистую глотки и лимфатические узлы шеи билатерально (группа тотальной лучевой терапии).

Результаты. Медиана наблюдения составила 17 мес. Двухлетняя ОВ составила 71,5 % (95 % ДИ 49,3–85,3 %), двухлетняя ВБП – 72,1 % (95 % ДИ 44,5–87,6 %). Значимых различий в двухлетней ОВ между группами ипсилатеральной и тотальной лучевой терапии выявлено не было (HR = 1,08 (0,29–4,06), $p = 0,904$). Статистически значимое влияние на ОВ оказал только такой фактор, как экстракапсулярное распространение (ЭКР) метастатической опухоли (HR 6,05 (1,45–25,19), $p = 0,0134$).

Выводы. Статистически значимой разницы в двухлетней ОВ и ВБП между группами ипсилатеральной и тотальной ЛТ не выявлено. Фактор негативного прогноза – ЭКР метастатической опухоли. Необходимо проведение проспективных рандомизированных исследований.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАРЦИНОМАМИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Штин В.И., Новиков В.А., Чойнзонов Е.Ц.,
Меньшиков К.Ю., Черемисина О.В.

Научно-исследовательский институт онкологии ФГБУЗ
«Томский научно-исследовательский медицинский центр
Российской академии наук», г. Томск
E-mail: shtinv@mail.ru

Цель. Повышение эффективности лечения и реабилитации больных карциномами полости носа и околоносовых пазух.

Материалы и методы. В исследование вошли 120 пациентов с карциномами полости носа и околоносовых пазух T2–4N0–3M0. Все пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты группы контроля получали предоперационный курс лучевой терапии в суммарной очаговой дозе (СОД) 44 изоГр и хирургическое вмешательство (исторический контроль) ($n = 60$). Пациенты исследуемой группы также получали лучевую терапию в СОД 44 изоГр, и через 3–5 дней им выполнялось хирургическое вмешательство в объеме комбинированной электрорезекции верхней челюсти с флуоресцентным контролем радикальности операции и фотодинамической терапией (ФДТ) ($n = 60$). В лечении использовался фотосенсибилизатор Фотодитазин. Терапия выполнялась с применением полупроводникового лазера красного диапазона излучения «АЛОД-01», длина волны излучения – 662 нм, выходная мощность излучения на торце кварцевого моноволокна – от 0,1 до 2 Вт. Доза излучения – от 150 до 350 Дж/см². Всем пациентам исследуемой группы проводилась хирургическая реабилитация с восстановлением костных структур и мягких тканей средней зоны лица и глазницы имплантатами из никелида титана с памятью формы, а также мягкоткаными и комбинированными лоскутами с осевым кровоснабжением.

Результаты. Сроки наблюдения за больными составили от 10 до 103 мес. Разработанная методика позволила повысить показатели 5-летней безрецидивной выживаемости с 19 % в контрольной группе до 42 % в исследуемой группе. Показатели общей выживаемости составили 40 % в группе контроля, 46 % в исследуемой группе. Определена эффективность ФДТ в зависимости от морфологического варианта опухоли, а также от тканей, на которых располагалась опухоль. Установлено, что проведение ФДТ на костные структуры послеоперационной полости неэффективно. Выявлено положительное влияние проводимого лечения на заживление раневой поверхности. Сроки заживления составили от 30 до 40 сут, что вдвое меньше, чем у пациентов контрольной группы. Помимо этого, выявлено, что ФДТ не оказывает отрицательного влияния на процессы приживления имплантатов и трансплантатов с осевым кровоснабжением.

Выводы. Комплексный подход к лечению пациентов с местно-распространенными карциномами полости носа и околоносовых пазух с использованием ФДТ, имплантатов из никелида титана, а также различных вариантов реконструкции мягких тканей позволяет повысить непосредственные и отдаленные результаты лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕПАН-БИОПСИИ ПОД УЗ-НАВИГАЦИЕЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Якушева А.С., Ильин А.А., Беспалов П.Д.,
Полькин В.В.

Медицинский радиологический научный центр
им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, г. Обнинск
E-mail: nastmed10@yandex.ru

Актуальность. Тонкоигольная аспирационная биопсия – метод морфологической верификации опухолей щитовидной железы (ЩЖ). Эффективность метода снижается при некоторых формах рака и метастатических поражениях ЩЖ – для них необходимо гистологическое и иммуногистохимическое (ИГХ) исследование.

Цель. Оценить эффективность трепан-биопсии (ТБ) под ультразвуковой (УЗ) навигацией в диагностике злокачественных новообразований ЩЖ.

Материалы и методы. С 2020 по 2023 г. в клинике МРНЦ им. А.Ф. Цыба 74 пациентам с образованиями ЩЖ, которым диагноз не был установлен при цитологическом исследовании, была проведена ТБ. Размеры пунктируемых узлов ЩЖ составляли от 2,5 до 15 см.

Трепан-биопсия выполнялась амбулаторно в кабинете УЗИ, под местной анестезией с использованием биопсионного пистолета и игл к нему калибра 18G и 16G. Во всех случаях выполнено гистологическое исследование, в 72 – ИГХ-исследование.

Результаты. Во всех 74 случаях полученный материал был пригоден для гистологического исследования. В 7 случаях ТБ выполнена двукратно, в 1 – трехкратно. При ТБ получали от 1 до 8 образцов ткани. При 11 ТБ диагностический материал был малоинформативен (13,5 %), в 3 (3,7 %) – установлено злокачественное заболевание без указания морфологической природы. Морфологическая форма заболевания была установлена у 69 больных: рак щитовидной железы (РЩЖ) из А-клеток – 2, папиллярный РЩЖ – 5, фолликулярный РЩЖ – 1, медуллярный РЩЖ – 3, секреторный – 1, низкодифференцированный – 1, анапластический – 22, плоскоклеточный РЩЖ – 1, фолликулярная опухоль ЩЖ – 3, вторичное поражение ЩЖ – 17, лимфомы – 11, невриномы – 2. Чувствительность метода – 83 %. Постпункционных осложнений не было.

Выводы. Трепан-биопсия ЩЖ под УЗ-навигацией – высокоэффективный, безопасный, малоинвазивный метод морфологической верификации злокачественных новообразований ЩЖ.