

75. Порівняльний аналіз результатів методів комбінованого лікування за показниками п'ятирічної виживаності хворих на рак гортані III стадії

С.В. Антіпова, М.А. Надірашвілі, О.К. Піщіков, О.В. Піщікова, В.І. Котилевська

*Луганський державний медичний університет
Луганський обласний клінічний онкологічний диспансер*

Протягом багатьох десятиліть вивчалися і розроблялися різноманітні методи лікування хворих на рак гортані. Доцільність поєднання цих методів була зумовлена кращими результатами комбінованого лікування порівняно з результатами при використанні кожного з них окремо. Мета нашого дослідження — вивчення результатів лікування хворих на рак гортані III стадії Т3N0M0 за даними відділення пухлин голови та шиї Луганського обласного клінічного онкологічного диспансеру.

Проведено аналіз результатів лікування 142 хворих на рак гортані Т3N0M0 III стадії, з поширеністю пухлини на всі відділи гортані (тотальне ураження, не виходить за межі гортані) за період 2000–2004 рр. У порівняльному аспекті вивчалася ефективність методів лікування за показниками 5-річної виживаності. Проведено аналіз результатів лікування двох груп хворих, де у 1-й групі 53 (37,3%) хворим проведена дистанційна гамма-терапія (ДГТ) в неoad'ювантному режимі лікування, потім виконана операція ларингектомія (ЛЕ). У 2-й групі 89 (62,7%) хворим проводили променевою терапію в післяопераційний період. Результати лікування оцінювалися нами у пролікованих хворих на підставі 5-річної виживаності як найбільш достовірною й інформативною показника. 5-річна виживаність при лікуванні хворих на рак гортані III стадії в умовах відділення пухлин голови та шиї Луганського онкодиспансеру, при поєднанні операції та променевої терапії досягає 63,1–66,7%. При проведенні променевої терапії в передопераційний період — 37,5–45,4%.

Наведені дані свідчать, що віддалені результати (5-річна виживаність) комбінованого лікування раку гортані III стадії у поєднанні ларингектомії та післяопераційної променевої терапії значно кращі порівняно з результатами при використанні кожного з них окремо, за даними відділення пухлин голови та шиї Луганського обласного клінічного онкологічного диспансеру.

Для лікування хворих на рак гортані III стадії краще використовувати комбінований метод лікування (I етап — ларингектомія, II етап — променева терапія), що дозволяє істотно підвищити 5-річну виживаність.

76. Підвищення ефективності ранньої діагностики передракових станів слизової оболонки порожнини рота методом оцінки експресії біомаркерних білків p53 та Ki-67

В.П. Бахтан, С.С. Кірсева, П.М. Скрипников, Т.П. Скрипникова, В.В. Іщенко

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,
Полтава*

За даними ПОКОД на диспансерному обліку в області перебувають 30 304 особи із злоякісними новоутвореннями. У 2010 р. на облік було взято 4739 хворих із вперше в житті встановленим діагнозом «злоякісне новоутворення», із них 119 хворих із патологією щелепно-лицевої ділянки.

Мета дослідження — оцінити рівень клітин із p53 та Ki-67 при передпухлинних станах слизової оболонки порожнини рота для об'єктивізації гістологічної діагностики. Матеріалами дослідження були 22 біопсії слизової порожнини рота, взяті у 21 пацієнта. Гістологічні та імуногістохімічні технології виявлення ядерного білка гена супресора пухлинного росту p53 та ядерного білка Ki-67, що експресується у проліферуючих клітинах. Досліджувалися: плоскоклітинна папілома, лейкоплакія, дисплазії.

Серед гістологічно визначеного папіломатозу у слизовій оболонці в більшості препаратів відзначені розростання клітин багатошарового плескатого епітелію з ознаками дисплазії та експресією p53 у зоні проліферуючих клітин, супрабазального та парабазального шарі та клітин з експресією Ki-67 у полях клітин з ознаками дисплазії. Навіть при невисокій дисплазії, але із суттєвим рівнем клітин з p53, особливо у клітинах поверхневих супрабазальних шарів та проліферуючих з Ki-67 дало підстави визначитися на користь малігнізації. У багатошаровому плоскому епітелії з ознаками середньої і високої дисплазії виявлені окремі клони клітин з інтенсивною експресією p53 та Ki-67 у супрабазальних шарах епітелію, що є високим ризиком малігнізації.

Застосування імуногістохімічних технологій визначення білка гена супресора клітинного росту p53 та білка Ki-67 при гістологічній діагностиці дозволяє дати більш об'єктивну індивідуальну оцінку процесам, що відбуваються в передпухлинних станах слизової оболонки порожнини рота, оцінити ризик малігнізації та прогнозувати злоякісність пухлини.

77. Возможности радиомодификации у онкобольных при лечении рака гортани и ротоглотки

П.В. Безносенко, И.П. Карач, О.В. Пономарёва, Л.Б. Алдунгарова, В.В. Зовтун

Областной онкологический диспансер, Николаев

Лучевая терапия у онкобольных с ЛОР-патологией в большинстве случаев является одним из основных методов лечения, несмотря на риск появления местных рецидивов. Цель исследования — оценка эффективности и токсичности одно-временного химиолучевого лечения в режиме гиперфракционирования с применением химических радиомодификаторов.

Рандомизировано 94 пациента. В исследование были включены больные, получающие ДГТ на I этапе лечения в режиме гиперфракционирования с дневным расщеплением очаговой дозы по 1 Гр через 4 ч. РД — 2,0 Гр, СД — 40 Гр, ритм 5 раз в неделю. После 3-недельного перерыва — II этап ДГТ классическим фракционированием до СД — 70 Гр. I этап ДГТ проводился на фоне химического радиомодификатора:

В 1-й группе больных — фторофур — по 400 мг 2 раза в сутки *per os*

Во 2-й группе больных — фторолек — 500 мг внутривенно через день

В 3-й группе больных — кселода — по 500 мг 2 раза в сутки *per os*

В 4-й группе больных — цисплатин — 40 мг/м² поверхности тела

Эффективность лечения оценивали по наличию лучевых реакций, оценки регрессии опухоли, показателям периферической крови.

Переносимость лучевой терапии в режиме гиперфракционирования с дневным расщеплением дозы намного легче, чем при стандартном лечении. Регрессия опухоли после завершения I этапа наблюдалась у всех больных от 50–70% исходных размеров при раке гортани и 30–40% — при раке ротоглотки. По окончании полного курса химиолучевой терапии — полная регрессия опухоли отмечалась в более 80% случаев при раке гортани и 52–60% — при раке ротоглотки. Общая эффективность химиолучевого лечения составила: в 1-й группе — 87%, во 2-й — 78%, в 3-й — 82%, в 4-й — 80%. Не получено достоверных различий в выживаемости и времени до прогрессирования в исследуемых группах.

Результаты исследования свидетельствуют, что облучение в режиме гиперфракционирования приводит к достоверному повышению эффективности химиолучевого лечения, возможности подведения большей суммарной дозы в сравнении со стандартными режимами. Применение кселоды, фторофура более удобно для больного, хорошо переносятся, менее токсичны для периферической крови в сравнении с цисплатином

Лучевые реакции (ранние) не отличались от реакций при стандартном фракционировании. При динамическом наблюдении больных от 6 до 12 мес после лечения, выраженных лучевых осложнений и прогрессирования заболевания не наблюдалось.

78. Післяопераційний гіпаратироз. Фактори ризику та амбулаторне спостереження

М.І. Березюк, Ю.М. Стернюк

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького*

Хірургічна клініка Віденського медичного університету, Австрія

Серед операцій, які проводять на ендокринних органах перше місце займають резекції щитоподібної залози (ЩЗ). Серед специфічних ускладнень цих операцій вагому частку займає післяопераційний гіпаратироз (ГПТ). Причиною його виникнення є безпосередня травма, порушення кровопостачання або помилкове видалення однієї чи декількох прищитоподібних залоз (ПЩЗ). У більшості випадків післяопераційний ГПТ має зворотний характер. Найвні на сьогодні відомості, що стосуються цього ускладнення, слід вважати недостатніми.

У наведеній роботі міститься ретроспективний аналіз частоти післяопераційного ГПТ, причин і факторів ризику його виникнення. Аналізовано 1966 хворих, яким у період 2000–2006 рр. проведено резекції ЩЗ. 1432 були з вузловим зобом, 366 — з раком ЩЗ, 98 — з Базедовою хворобою, 70 — з аденомою ЩЗ. З вираженою перевагою жінок (80%) у 51% усіх хворих проведено тиреоїдектомію. Симптомна післяопераційна гіпокальцемія як прояв післяопераційного ГПТ спостерігалася у 14% пацієнтів. Прояви симптомної післяопераційної гіпокальцемії були тісно пов'язані з обсягом резекції. Після тиреоїдектомії вона виступала у 2 рази частіше ніж після резекції за Dunhill ($p=0,000$). Іншим фактором ризику була стать. У жінок, незалежно від обсягу резекції, післяопераційний ГПТ розвивався статистично частіше, ніж у чоловіків ($p=0,000$). Досвід хірурга, вік пацієнтів чи випадкове видалення ПЩЗ не мали жодного впливу.

40 (25%) пацієнтів, які виписались зі стаціонару, продовжуючи субституційну терапію, приймали препарати кальцію чи вітаміну D понад 6 міс, часто незважаючи на рівень кальцію, що знаходився у межах норми. Спроби припинення субституційної терапії (weaning) зроблено лише у 18% пацієнтів. При остаточному аналізі даних зазначених 40 пацієнтів перманентний ГПТ (згідно із загальноприйнятим визначенням) спостерігався лише у 7 пацієнтів, що становило 0,35% від кількості операцій.

Результати свідчать, що частка транзитного ГПТ становить 14%, перманентного — 0,35%. Основними факторами ризику були обсяг операції та стать пацієнта. Якість післяопераційної амбулаторної опіки за пацієнтами після резекції ЩЗ слід вважати незадовільною.

79. Хирургическое лечение местно-распространенного рака щитовидной железы

В.В. Бойко, В.Н. Горбенко, Л.Г. Тарасенко, Е.В. Волосов

*ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины»,
Харьков*

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В настоящее время хирургический метод лечения является основным в комплексном, радикальном лечении местно-распространенного рака щитовидной железы (ЩЖ). Цель исследования — усовершенствовать технику выполнения экстрафасциальной тиреоидэктомии у больных местно-распространенным раком щитовидной железы.

Хирургическое лечение выполнено у 118 пациентов с местно-распространенным раком щитовидной железы. Субтотальная резекция щитовидной железы выполнялась только у 22 пациентов с высокодифференцированными формами рака ЩЖ. Экстрафасциальная тиреоидэктомия, в сочетании с центральной или расширенной лимфодиссекцией, вы-

полнена у 96 пациентов с местно-распространенным раком ЩЖ. Суть усовершенствованной методики (патент Украины № 17737) состоит в следующем: при экстрафасциальном удалении ЩЖ каждая из ее долей берется на лигатурные держалки и постоянно подтягивается в рану под углом 45° к сагиттальной плоскости трахеи. В результате этого связка, фиксирующая ЩЖ к трахее (отрог висцерального листка внутришейной фасции шеи), натягивается, образуя просвет между трахеей (претрахеальной клетчаткой) и тканью ЩЖ до 2–3 мм, достаточный для наложения под визуальным контролем кровоостанавливающих зажимов типа «москит», не достигая проходящего здесь ствола возвратного гортанного нерва. При этом также создаются необходимые условия для свободного смещения железы в латеральном направлении, что облегчает ее экстрафасциальное удаление. Тщательный гемостаз этой области является профилактикой послеоперационного кровотечения, а также сдавливания возвратного нерва гематомой.

Таким образом, у пациентов с местно-распространенным раком ЩЖ хирургическое лечение выполнялось после гистологической верификации диагноза и определения степени распространенности опухолевого процесса. Во время выполнения хирургического вмешательства был использован усовершенствованный прием, позволяющий избежать ятрогенных повреждений возвратного гортанного нерва, парашитовидных желез и не допустить послеоперационных кровотечений и раковых гематом.

80. Опыт хирургического лечения местно-распространенного дифференцированного рака щитовидной железы

В.В. Бойко, В.Н. Горбенко, С.В. Сушков, А.Б. Старикова

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМНУ», Харьков

Цель работы — анализ эффективности применения расширенных операций при лечении больных с местно-распространенным раком щитовидной железы.

В основу проделанной работы положен анализ результатов лечения 35 больных — 12 мужчин и 23 женщины в возрасте от 16 до 71 года. Папиллярный рак выявлен у 27 больных, фолликулярный — у 8 пациентов. Основными дифференциально-диагностическими методами в предоперационном обследовании были тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия опухоли и лимфоузлов, компьютерная томография шеи.

Хирургическое вмешательство проводили в объеме тиреоидэктомии, удаление лимфатических узлов I–VI уровня выполнялось во всех наблюдениях. Иссечение ретрогортального компонента производилось из шейного доступа. Техническая сложность чаще всего была обусловлена сдавливанием опухолью соседних органов и окружающих тканей, что способствовало образованию инфильтратов и возникновением выраженного рубцово-спаечного процесса между тиреоидной тканью и окружающими структурами. В таких случаях выполнялось иссечение поверхностных слоев пищевода, гортани, трахеи. Из спаечного процесса под контролем зрения выделялись основные стволы и ветви верхних щитовидных артерий. У 6 пациентов вмешательства носили паллиативный характер, у остальных больных удавалось полностью удалить опухоль и метастазы. Среди послеоперационных осложнений следует отметить формирование гематомы у 2 больных, кровотечение — у 2, вторичное заживление раны у 1 пациентки, транзитный гипопаритероз — у 1. Отдаленные результаты прослежены у 26 больных. Рецидив в ложе щитовидной железы через 5 лет возник у 2 больных, отдаленное метастазирование — через 10 лет у 3 больных.

Часто выраженный воспалительный процесс в окружающих органах трактуется как опухолевая инвазия, что является причиной неадекватного хирургического вмешательства. Расширенные вмешательства обеспечивают выздоровление или значительное продление жизни большинству больных, которые ранее считались инкурабельными.

81. Сучасний підхід до лікування раку верхньої щелепи

*С.Г. Бондаренко, О.О. Галай, Р.Р. Сліпецький,
В.Ю. Лудчак, О.В. Дружок*

*Львівський державний онкологічний регіональний
лікувально-діагностичний центр*

Рак верхньої щелепи (РВЩ) становить 0,2–0,5% всіх раків, 3% пухлин голови та шиї, поширеність захворювання 1:100 000 населення Львівської області, в середньому 25 випадків госпіталізації на рік.

На основі статистичного методу дослідження проведено ретроспективний аналіз 237 історій хвороб із Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру та 63 інших медичних закладів Львівської області з 1995 по 2010 р. Відповідно до цього опрацьовано Національний канцер-реєстр по Львівській області з 2003 по 2010 р.

Серед 300 проаналізованих записів історій хвороб злоякісні захворювання верхньої щелепи становлять 96,7%, доброякісні — 3,3% (3 кисти, 3 хронічних гайморити, 2 фіброми, 1 остеом, 1 інвертована папілома). Серед РВЩ переважають плоскоклітинні раки (48%), що мають у 83% тенденцію до роговиння. Інші найбільш поширені РВЩ: 11 (3,8%) саркома, 8 (2,8%) перехідно-клітинний рак, 7 (2,4%) карцинома, 6 (2,1%) аденокарцинома, 4 (1,4%) лімфома. У 92 (31,8%) випадках встановлено злоякісний ріст, без уточнення гістологічного типу пухлини. Поширення у регіонарних лімфатичних вузлах зростало з 10% при Т1 до 23% при Т2, 34% — Т3, 44% — Т4; віддалені метастази були відсутні при Т1, позитивні у 2,1% при Т2, 4,3% — Т3, 6,8% — Т4. Залежно від методу лікування були виділені такі групи: 1 — пацієнти, які відмовилися від лікування (n=47), 2 — проведена лише променева терапія (ПТ) (n=81), 3 — тільки хіміотерапія (ХТ) (n=10), 4 — ПР + ХТ (n=62), 5 — тільки хірургічне лікування (n=30), 6 — комбіноване лікування (n=60). Найдовша середня виживаність (СВ) виявлена у групі 6 (4,1 року), де виживаність до 1 року становило 75%, а до 5 років — 23,3% (для порівняння в інших групах СВ — 1,8–2,7 року, виживаність до 1 року — 33,3–55,7%, до 5 років — 10–14,8%). Визначено також кращу виживаність при верифікації захворювання на ранніх (I–II) стадіях — 5,7 року, ніж при III–IV стадії — 3,9 року та втягненні у процес регіонарних лімфатичних вузлів — 2,4 року.

Рання діагностика РВЩ та застосування радикального хірургічного втручання разом із комбінованими методами лікування при дотриманні стандартів лікування дозволяє у 2 рази покращити середню виживаність, виживаність до 1 року та 5 років порівняно з використанням якогось одного методу лікування. Забезпечити відповідний косметичний ефект після радикального оперативного втручання в обсязі максилектомії можна за рахунок використання сучасних хірургічних методик і протезування.

82. Шляхи покращання результатів лікування хворих на рак слизової порожнини рота

С.Г. Бондаренко, О.В. Дружок, Р.Р. Сліпецький, В.Ю. Лудчак

*Львівський державний онкологічний регіональний
лікувально-діагностичний центр*

Щороку в Україні реєструється більше 2400 нових випадків раку слизової порожнини рота (РСРП), з яких 80,7% припадає на чоловіків. Незважаючи на доступність виявлення цієї патології III–IV стадія реєструється у 59,4% випадків (2008). В Україні виживаність до 1 року становить 54,2%, на відміну від світових показників, де до 1 року живими залишаються 83% пацієнтів, а до 5 років — 61% (США, 2010).

На основі статистичного методу дослідження проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 185 пацієнтів із РСРП, госпіталізованих у ВПГШ Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру, які отримали хірургічне лікування як у комбінації з іншими методами лікування, так і в монотерапії. Дані отримано шляхом опрацювання Національного канцер-реєстру по Львівській області з 2003 по 2010 рр.

Процес Т1 встановлено у 8 (4,3%) хворих, Т2 — 63 (34,1%), Т3 — 68 (36,8%), Т4 — 46 (24,9%). Позитивні лімфатичні вузли визначалися у 71 (38,4%), а III–IV стадія у 129 (70,0%) випадках. У 8 запущених випадках після симптоматичного хірургічного лікування (перев'язка зовнішньої сонної артерії) з подальшою променевою терапією 7 (87,5%) пацієнтів померли, у середньому проживши 1,1 року. Хірургічне лікування у монотерапії отримали 42 пацієнти, з яких 27 (64%) перебувають на спостереженні та прожили більше 1 року без ознак продовження хвороби. Комбіноване лікування (хірургічне + опромінення) пройшли 135 (73%) пацієнтів, з них з III–IV стадією — 94 (70%) та позитивними лімфатичними вузлами шиї — 51 (37,7%); виживаність до 1 року становила 60,7%, до 5 років — 8,1%; на спостереженні перебувають 78 (57,8%) пацієнтів. Серед 6 пацієнтів із I стадією, що досі перебувають на спостереженні, виживаність до 1 року становила 100%, однак віддалені показники будуть вивчені згодом.

Виявлення РСРП на ранніх стадіях та застосування радикального хірургічного втручання у комбінації з променевою терапією є методом вибору при лікуванні цієї патології, що дозволяє покращити виживаність хворих. Гістологічне дослідження краю препарату під час операції, радикалізм хірургічного втручання, активне спостереження пацієнтів після закінчення лікування, раннє виявлення рецидивів, лікування у спеціалізованих онкологічних закладах мають стати наріжним каменем у покращанні результатів лікування хворих із РСРП.

83. Досвід лікування хворих на рак гортані у ВПГШ ЛДОРЛДЦ за період з 2005 по 2010 р.

*С.Г. Бондаренко, В.Ю. Лудчак, Р.Р. Сліпецький,
А.В. Камінський, О.В. Дружок*

*Львівський державний онкологічний регіональний
лікувально-діагностичний центр*

У структурі злоякісних пухлин голови та шиї рак гортані (РГ) становить 25%, а серед злоякісних пухлин чоловічого населення України — 3,4%. Показник захворюваності на РГ відповідно до даних Національного канцер-реєстру становить 5,6 на 100 тис. населення (2009). При цьому щороку діагностується понад 2600 нових випадків РГ.

Мета дослідження — визначити ефективність застосування комбінованих методів лікування, рекомендованих міжнародними стандартами, порівняно з іншими методами лікування хворих на РГ. На основі статистичного методу дослідження проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 243 пацієнтів із РГ, госпіталізованих у ВПГШ Львівського онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру, які отримали хірургічне лікування як у комбінації з іншими методами лікування, так і в монотерапії. Дані отримані шляхом опрацювання Національного канцер-реєстру по Львівській області з 2005 по 2010 р.

Процес Т1 встановлено у 12 (4,88%) хворих, Т2 — 43 (17,48%), Т3 — 138 (56,09%), Т4 — 53 (21,54%). Лікування проводилося за чотирма схемами: 1 — тільки хірургічне лікування (Хір) — 61 (24,79%) хворий, 2 — Хір + променева терапія (ПТ) — 165 (67,07%) хворих, 3 — Хір + ПТ + хіміотерапія (ХТ) — 17 (6,91%) хворих, 4 — Хір + ХТ — 3 (1,22%) хворих. Найкращих результатів досягнуто за схемою 2, де виживаність до 1 року становила 78,18%, до 3 років — 33,4%, до 5 років — 13,3%. Найсприятливіший прогноз виживаності при діагностиці захворювання на ранніх стадіях (I–II): до 1 року — 86,6%, до 5 років — 33,3%, на відміну від III–IV стадії, де виживаність до 1 року становила 71,14%, до 5 років — 6,96%. З метою відновлення голосової функції у 128 пацієнтів успішно встановлено голосові протези.

Виявлення РГ на ранніх стадіях та застосування радикального хірургічного втручання у комбінації з променевою терапією є методом вибору при лікуванні цієї патології, що дозволяє покращити виживаність хворих. При цьому слід дотримуватися принципів радикалізму та забезпечення високого рівня життя за рахунок збереження голосової функції, в тому числі шляхом проведення органозберігаючих операцій чи встановлення голосового протезу.

84. Актуальні проблеми диспансеризації та санації онкостоматологічних хворих у Хмельницькій області

А.М. Велес

Хмельницький обласний онкологічний диспансер

При розробці та впровадженні заходів протипоракової боротьби, поряд з даними епідеміологічних досліджень, необхідно врахувати стан матеріально-технічної бази стоматологічних відділень та кабінетів, забезпеченість кадрами, невиконання наказу МОЗ України від 07.04.1986 р. № 192 «Про формування груп підвищеного ризику захворювання». Результати опитування стоматологів та лікарів різних рівнів загальної лікувальної мережі свідчать про необхідність об'єднання зусиль фахівців різноманітного профілю у профілактиці та санації онкостоматологічних захворювань та їх своєчасній діагностиці.

Існуюча система організації допомоги онкостоматологічним хворим Хмельницької області базується на роботі щелепно-лицьового відділення Обласної лікарні та відділення пухлин голови та шиї при Обласному онкологічному диспансері. Це добре апробована організаційна форма надання кваліфікованої спеціалізованої допомоги хворим із передраковими та злоякісними пухлинами щелепно-лицьової ділянки. Але, на мою думку, система диспансеризації недосконала. Аналіз системи надання стоматологічної допомоги онкологічним хворим дозволяє вважати, що на сьогодні організація диспансерного спостереження при всіх її позитивних якостях має як мінімум три проблеми: 1. Неповнота охоплення осіб з онкостоматологічною патологією (власні дослідження показали, що близько 40% хворих на рак порожнини рота звертаються у спеціалізований заклад у занедбаних стадіях захворювання). 2. Дуже низький рівень диспансеризації хворих із передпухлинною патологією, наказ МОЗ України № 192 практично не виконується і його виконання керівниками медичних закладів загальнолікувальної мережі не контролюється. 3. Неповнота надання комплексу діагностично-лікувальних заходів. На мою думку, це пов'язане з соціально-економічним забезпеченням, кадрами, забезпеченістю сучасним устаткуванням (більше 80% стоматологічного устаткування в області застаріло). Так, в регіоні протягом останніх років склалася вкрай незадовільна ситуація з укомплектованістю штатних посад лікарів-стоматологів, особливо хірургів-стоматологів. Головними лікарями регіонів проводиться скорочення штатних посад лікарів-стоматологів і водночас збільшення штатних посад зубних лікарів.

Співвідношення фізичних осіб лікарів-стоматологів до кількості фізичних осіб зубних лікарів в області — одне з найгірших в Україні — відповідно 50,5% стоматологів і 49,5% зубних лікарів, а в 5 регіонах області — 30 та 70% відповідно.

Вважаю, що вирішення вищезазначених актуальних проблем диспансеризації та санації значно зменшить занедбаність злоякісних новоутворень щелепно-лицьової ділянки та поліпшить стан онкостоматологічної допомоги населенню області.

85. Эффективность применения полиплатиллена при регионарной внутриартериальной химиотерапии в комплексном лечении злокачественных новообразований ротовой части глотки

О.Н. Воробьев, Е.В. Шмыкова, Н.П. Тимошев

Запорожский областной клинический онкологический диспансер

Злокачественные новообразования ротоглотки занимают вторую позицию в ЛОР-онкологии. За последние 10 лет число этой патологии по Запорожскому региону возросло в 8,7 раза и составило 1,07% — всей онкопатологии и 76,5% — неоплазий глотки. В 74% случаев диагноз устанавливается на III–IV стадии. Улучшить результаты комплексного лечения больных со злокачественными новообразованиями ротоглотки путем

применения препарата полиплатиллена в регионарной внутриартериальной химиотерапии.

21 пациент со злокачественным новообразованием ротоглотки стадии T2–4N0–1M0 получили лечение в следующем режиме: катетеризация наружной сонной артерии, контроль контрастной ангиографией, курс регионарной внутриартериальной химиотерапии по схеме блеоцин 15 мг в 1; 8; 15-й день; полиплатиллен 22,5 мг в 1–3; 5–7; 10; 11-й день; метотрексат 20 мг во 2; 5; 7; 10-й день; 5-ФУ в 250 мг в 3; 8; 12; 17; 19; 22-й день. Остаток полиплатиллена во флаконе 205 мл (307,5 мг) вводился внутривенно в разведении трижды в 3; 7; 11-й день с дексаметазоном 4 мг (до суммарной дозы 1125 мг). Степень токсичности данной схемы на 30% ниже, чем при применении других препаратов платины. Проведение лучевой терапии начинали с 7–10-го дня на аппарате «Рокус» стандартными полями расщепленным фракционированием по 2 Гр до суммарной дозы 70 Гр с перерывом на 3 нед после 40 Гр.

Умер до года 1 (4,8%) больной, от 2 до 5 лет — умерли 4 (19,0%) пациента от прогрессирования заболевания. Показатель 5-летней выживаемости составил 76,2% (16 больных без признаков прогрессирования заболевания).

Применение при внутриартериальной регионарной химиотерапии современного отечественного химиопрепарата полиплатиллен одновременно с лучевой терапией в лечении больных со злокачественными опухолями ротоглотки позволяет достичь 5-летней выживаемости 76,2% при умеренных токсических проявлениях.

86. Хемілюмінесцентний метод оцінки вільно-радикального окиснення ліпідів у сироватці крові хворих на рак слизової порожнини рота і ротоглотки III–IV стадії

О.О. Галай

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

Хворі на місцево-розповсюджений рак слизової порожнини рота і ротоглотки (МРР СПР і РГ) потребують всебічної оцінки їх стану та прогнозування перебігу захворювання. У зв'язку з цим набувають актуальності методи, які дозволяють інтегрально оцінити стан клітинних і метаболічних процесів у крові пацієнтів. Цим критеріям відповідає хемілюмінесцентний метод.

Мета дослідження — оцінити стан вільно-радикального окиснення (ВРО) ліпідів у сироватці крові хворих на МРР СПР і РГ. Дослідження ВРО ліпідів у сироватці крові 86 хворих на МРР СПР і РГ III–IV стадії проведено методом індукованої хемілюмінесценції. В контрольну групу увійшли донори зі станції переливання крові (n=51). Пацієнти були розподілені на 5 груп: 1-ша група хворих — до початку лікування (n=15); 2-га — після опромінення (доопераційний курс перед хірургічним втручанням) (n=17); 3-тя — пацієнти з рецидивом після проведеного комбінованого лікування (n=16); 4-та — місяць після операції (хворі, у яких взято кров протягом 1-го місяця після радикальної операції) (n=20); 5-та група — без ознак прогресування (>6 міс після закінчення лікування), (n=18). Аналіз результатів проводився за показниками максимальної інтенсивності світіння ($I_{\max}$) та світлосуми (S).

Максимальна інтенсивність світіння вища у хворих після опромінення — $1,94 \pm 0,31$ mV, тобто променева терапія сприяє збільшенню кількості первинних радикалів, яка перевищує норму ($1,76 \pm 0,069$ mV). Показники $I_{\max}$ групи без ознак прогресування ($1,73 \pm 0,19$ mV) та групи місяць після операції ($1,68 \pm 0,22$ mV), навпаки, наближаються до норми, що свідчить про відсутність прогресування захворювання. Також дані досліджень за критерієм $I_{\max}$ показали відмінності між контролем та групами до початку лікування і з рецидивом. Значну відмінність між групами встановлено і за показником світлосуми індукованої хемілюмінесценції. Найвище значення між групами, тобто найближче до норми ($18,91 \pm 1,21$ mV·с),

мали хворі без ознак прогресування після проведеного лікування — $14,38 \pm 2,85$ mV·с. Встановлено достатньо сильне перекриття зон між групами з рецидивом і до початку лікування ($13,72 \pm 2,02$ та $13,98 \pm 2,25$ mV·с відповідно).

Реєстрація індукованої хемілюмінесценції сироватки крові сприяє уточненню метаболічних, фізіологічних і патологічних процесів у хворих на MPP СПР і РГ та відображає активність онкологічного процесу.

87. Профілактичний вплив на шляхи регіонального лімфовідтоку у хворих з місцево-розповсюдженим раком слизової оболонки порожнини рота і ротоглотки

*О.О. Галай, Б.Т. Білинський, С.Г. Бондаренко, О.Р. Дуда,
О.В. Дружок, В.Ю. Лудчак, Р.Р. Сліпецький, Ю.М. Стернюк,
Т.Р. Цюлко, М.Р. Шмідт*

*Львівський державний онкологічний регіональний
лікувально-діагностичний центр*

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького*

Основною причиною смерті хворих з місцево-розповсюдженим раком слизової оболонки порожнини рота і ротоглотки (MPP СПР і РГ) після санації первинного вогнища є відтермінована реалізація регіональних метастазів. В цьому аспекті вивчення ефективності профілактичних заходів впливу на шляхи регіонального лімфовідтоку є однією з актуальних проблем клінічної онкології.

Мета дослідження — визначити доцільність превентивних лімфодисекцій у хворих з MPP СПР і РГ. Проведено оцінку ефективності впливу профілактичних методів лікування на шляхи регіонального метастазування на основі порівняння результатів лікування 128 пацієнтів із MPP СПР і РГ III–IV стадії, розподілених на 3 групи, у яких при госпіталізації регіональні метастази клінічно не виявлялися. Усі хворі отримали комбіноване лікування. В 1-шу групу увійшли 30 хворих з неoad'ювантною променевою терапією перед хірургічним втручанням. До 2-ї групи увійшли 42 пацієнти з ад'ювантним опроміненням зон регіонального метастазування після радикальної операції на первинному вогнищі. У 3-тю групу увійшли 56 хворих, яким проведено превентивну селективну лімфодисекцію разом із видаленням первинного вогнища. У післяопераційний період вони отримали курс променевої терапії. Тип лімфодисекції залежав від локалізації первинного вогнища з врахуванням зон регіонального лімфовідтоку.

У 1-й групі хворих середня тривалість життя була найнижчою і становила $14,97 \pm 1,21$ міс. У 2-й групі після ад'ювантного опромінення вона становила $18,49 \pm 1,79$ міс. При аналізі результатів лікування 3-ї групи встановлено, що субклінічні метастази виявлено у більше ніж $\frac{1}{2}$ пацієнтів після превентивної селективної лімфодисекції — у 19 (33,9%) випадках. Не встановлено статистично достовірної різниці у тривалості життя між групою з неoad'ювантним і ад'ювантним опроміненням ($14,94 \pm 1,21$ та $18,50 \pm 1,79$ міс відповідно; $p=0,32$). Проводячи порівняння між групами з ад'ювантною, неoad'ювантною променевою терапією та групою із превентивною лімфодисекцією, статистично доведено кращі показники в останній ($23,16 \pm 2,05$ міс; $p=0,02$).

Превентивні лімфодисекції з ад'ювантною променевою терапією у хворих з MPP СПР і РГ збільшують медіану їх виживаності на 5 міс.

88. Радиочастотна термоабляція (РЧТА) в лікуванні місцево-распространеного осложненого рака орофациальной области, рака кожи

Е.Е. Гетьман, А.А. Ковалёв

*Запорожский областной клинический онкологический диспансер
Запорожская медицинская академия последипломного обучения*

Сложную группу в выборе метода лечения представляют пациенты с местно-распространенным осложненным раком (наличие либо угроза кровотечения из опухоли, распад). Цель

исследования — оценить эффективность РЧТА в комбинированном и комплексном лечении местно-распространенного осложненного рака орофациальной области и рака кожи. В исследование включены 19 больных в возрасте 45–72 лет с местно-распространенным осложненным раком, из них 6 — с карциномой кожи (T4N0M0), 9 — с карциномой слизистой полости рта (T3-4N0-1M0), 4 — с раком губы (T4N0-2M0). У 11 пациентов выполнена РЧТА опухоли с последующей регионарной ХТ + ЛТ, у 8 — РЧТА опухоли + ЛТ. У 8 пациентов с хроническим болевым синдромом (ХБС) 70–90% (по ВАШ) лечение было дополнено также РЧТА II–III ветвей тройничного нерва. РЧТА производили при помощи электронной автоматической установки «Celon» («Olympus», Япония), биполярных электродов RFITT T40 от 1 до 3. Экспозиция воздействия на опухоль радиочастотной энергии — 20–25 мин, число аппликаций составляло от 1 до 6.

Осложнений во время выполнения РЧТА, в послеоперационный период не отмечено. У больных регрессировали такие симптомы заболевания, как прогрессирующая слабость, плохой сон, зловонный запах, кровотечение из опухоли, констатировано снижение ХБС с 70–90% до 20% (по ВАШ). После проведенного комбинированного и комплексного лечения, позитивные непосредственные результаты (полная, частичная регрессия опухоли) отмечены у 16 (84,2%) больных, прогрессирование заболевания — у 3 (15,8%). У 5 (26,3%) пациентов данных о рецидиве заболевания не выявлено в период наблюдения 8 мес.

Согласно результатам анкетирования средний индекс QoL до лечения РЧТА составлял $1,4 \pm 0,53$, через 3 мес после лечения — $4,6 \pm 1,24$, что в 3,3 раза лучше по сравнению с дооперационными данными ($p < 0,05$) и свидетельствует о значительном улучшении качества жизни больных. РЧТА позволяет выполнить абляцию опухоли без кровопотери с минимальным риском для пациента, позволяет устранить осложнения заболевания, обеспечить и расширить возможности проведения специализированного лечения больным, улучшить качество жизни.

89. Оцінка ефективності хіміотерапії ломустином в лікуванні злоякісних гліом головного мозку

О.Я. Главацкий, Ахмад Хасан, В.М. Семенова, Я.П. Зипкевич

*ДУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова» НАМН Украины,
Київ*

Хіміотерапія — невід'ємна складова в комплексному та комбінованому лікуванні злоякісних гліом головного мозку. З появою в нейроонкології нових цитостатиків, таких як темозоломід, фотемустін, таргетних препаратів спостерігається тенденція до зменшення використання алкілюючих препаратів першого покоління в лікуванні злоякісних гліом. Ломустин — найбільш відомий хіміопрепарат із похідних нітрозосечовини з алкілюючим механізмом дії. Історія його застосування в нейроонкології перевищує 30 років. За своїми фармакологічними властивостями, зручністю прийому (*per os*), профілем токсичності він мало чим поступається більш сучасним цитостатикам і, що на сьогодні не менш важливо, значно доступніший економічно. Мета роботи — визначити ефективність препарату та його місце в арсеналі протипухлинних засобів при лікуванні злоякісних гліом.

Для об'єктивної оцінки протипухлинного впливу ломустину ми зосередили свою увагу на випадках неповного (парціального) хірургічного видалення (ПВ) гліом або на випадках після стереотаксичної біопсії (СТБ) пухлини з метою верифікації її гістоструктури.

У дослідження включено 23 пацієнти основної групи зі злоякісними гліомами супратенторіальної локалізації. III ступінь анаплазії (ст. ан.): 8 анапластичних астроцитом (АА), 8 змішаних анапластичних олігоастроцитом (АОА) і IV ст. ан.: 7 гліобластом (ГБ). Групу порівняння становили 48 спостережень пацієнтів, які отримували темозоломід (АА — 19, АОА — 6 і ГБ — 23). Середній вік хворих у 1-й групі — 37 років, у 2-й —

41,5 років. У комплексі лікування проводилася стандартна дистанційна терапія, хіміотерапія призначалась за протоколом.

Результати свідчать, що при АА середня тривалість життя (СТЖ) в основній групі досягла 15 міс при СТБ та 47 міс — при ПВ; при АОА — 32 і 32 міс; при ГБ — 7 і 8 міс. У групі порівняння ці показники становили 23 і 35 міс, 25 і 23 міс, 14 і 18 міс відповідно.

При злоякісних гліомах III ст. ан. застосування ломусти-ну більш ефективне порівняно з темозоломідом. Останній залишається препаратом вибору при лікуванні гліобластом.

90. Електрозварювання в хірургії раку щитовидної залози

*О.Г. Гончар, А.А. Чистяков, Д.П. Темніченко,
С.І. Готовкін, О.М. Дячков
Донецький обласний протипухлинний центр*

Рак щитовидної залози становить в середньому 1–1,5% від усіх злоякісних новоутворень і не є частою локалізацією злоякісних пухлин. Проте останніми роками відзначається тенденція до підвищення частоти цього захворювання, особливо в зонах мультифакторного забруднення довкілля, такого характерного для Донбаського регіону.

Провідним методом лікування раку щитовидної залози, безумовно, є хірургічний. Радикалізм операції безпосередньо залежить від дотримання правил оперативного лікування онкологічних хворих, тобто дотримання принципів абластики і антибластики. Одним із вже поза сумнівом визнаних досягнень в цій галузі є використання високочастотної електрохірургії. З січня 2007 г. у ендокринологічному відділенні Донецького обласного протипухлинного центру при оперативному лікуванні раку щитовидної залози використовується електрозварювання. Із застосуванням цієї методики прооперовано 207 хворих із раком щитовидної залози.

Електрозварювання застосовується, як при мобілізації шкірно-фасціального клаптя під час доступу до щитовидної залози, так і в процесі мобілізації останньої. Застосування електрозварювання дозволило скоротити час оперативного втручання більше ніж у 2 рази і знизити крововтрату із 150 до 50 мл. Тобто операція проходить практично на «сухому» органі, що дозволяє чітко ідентифікувати судинні й нервові структури, ушкодження яких приводить до тяжких післяопераційних ускладнень.

Застосування електрозварювання в хірургії щитовидної залози дозволило здійснити надійний гемостаз, як в капілярних (при сепаруванні шкірно-фасціальних клаптів і капсули щитовидної залози), так і в магістральних судинах (2–3 порядки, верхні й нижні щитовидні судини). Це дозволило відмовитися від використання шовного матеріалу, і тим самим уникнути післяопераційних ускладнень, пов'язаних з реакцією організму на чужорідне тіло (лігатури, скоби, кліпси та ін.).

91. Возможности оптимального химиолучевого лечения рака носоглотки

*Л.А. Дударева-Истру, А.В. Забунов, А.Г. Муштану,
С.В. Сидорова, Д.П. Болун
Институт онкологии, Кишинев, Молдова*

Создание новых, оптимальных программ комплексного лечения злокачественных новообразований, и в том числе рака носоглотки, является одной из актуальных задач современной онкологии.

Целью настоящего исследования явилось создание программы химиолучевой терапии местно-распространенного рака носоглотки, которая позволила бы улучшить результаты лечения данной патологии. В исследование были включены 147 больных с местно-распространенным раком носоглотки III и IV стадии. У всех больных диагноз был подтвержден гистологически — в 31,6% диагностирован плоскоклеточный рак и в 68,4% — недифференцированный рак. Мужчин было 54% и женщин — 46%. Средний возраст больных составил $46,06 \pm 1,2$ года. Набор первичного материала прово-

дился рандомизированно в две группы больных. Обе группы по входимому в них материалу были идентичны. В 1-ю (основную) группу включено 73 больных, получавших лечение по комплексной программе, включающей неoadъювантную полихимиотерапию (НПХТ), лучевую терапию (ДГТ) + адъювантную полихимиотерапию (АПХТ). Полихимиотерапия проводилась по стандартным схемам VAMC или VFP. НПХТ проводилась по 2–4 курса, а АПХТ — по 4–6 курсов в зависимости от результата лечения (ПР или ЧР). ДГТ назначалась через 2–3 нед после окончания НПХТ по расщепленной программе в классическом режиме (СД 60–70Гр). Во 2-ю (контрольную) группу были включены 74 больных, которым проведена только ДГТ по вышеуказанной методике.

Лечение по комплексной программе позволило получить объективный эффект (ПР + ЧР >50%) у 62 (85%) больных, из которых у 31 (42,5%) пациентов достигнуты полные регрессии (ПР) опухоли, стабилизация процесса у 9 (12,3%) пациентов и у 2 (2,7%) — отмечалось прогрессирование заболевания на фоне лечения. При сравнении выживаемости больных, получивших комплексное лечение и больных, леченных только лучевой терапией, получена медиана (М) выживаемости 35 и 22 мес ($p < 0,01$) соответственно. М выживаемости увеличилась в 1,6 раза при химиолучевом лечении. Выживаемость в течение 1, 3 и 5 лет у больных, получивших химиолучевое лечение была соответственно следующей: 91,7; 68,8 и 51,7%, а у больных, леченных лучевой терапией — 70,2; 21,8 и 16,4%, что в 1,3; 3,1 и 3,1 раза больше.

Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения местно-распространенного рака носоглотки диктует тактику проведения химиолучевой терапии, которая позволяет получить обнадеживающие результаты и является оптимальным методом лечения при раке носоглотки.

92. Аналіз результатів діагностики та лікування хворих зі злоякісними новоутвореннями порожнини носа та приносових пазух в Україні

*Д.І. Заболотний, Е.В. Лукач, В.Я. Діхтярук
ДУ «Інститут оториноларингології НАМН України
ім. О.С. Коломійченка, Київ*

За даними Національного канцер-реєстру у 2002–2004 рр. в Україні виявлено 956 хворих зі злоякісними новоутвореннями порожнини носа та приносових пазух, що становило близько 1,99 випадків на 100 тис. населення. Серед них 605 чоловіків та 351 жінка. Вік хворих становив від 5 до 90 років. На I–II стадіях захворювання було виявлено тільки у 13,3% від загалу. На III стадії пухлинний процес діагностувався у 30,4% хворих і 29,1% становили захворювання у IV стадії, у 27,2% — стадія не була визначена.

Переважає більшість новоутворень (72,6%) локалізувалася у верхньощелепній пазусі; значно рідше відзначали пухлини у етмоїдальній пазусі (18,2%) і тільки 9,2% пухлин вражали лобну та клиновидну пазухи.

Найбільш поширеною нозологічною одиницею у структурі визначених діагнозів є плоскоклітинний рак, на який припадає 46,2% та аденокарцинома — 17,8%. Інші нозологічні форми захворювання (меланома, гемангіома, рабдоміосаркома, нейробластом, тощо) становили 36% загалом.

Протягом 5 років вижили 18,1% хворих, з них 14,7% — чоловіків і 21,5% жінок відповідно. Медиана виживаності жінок становить 18 міс, а чоловіків — 13 міс. Залежно від стадії захворювання, протягом 5 років вижили 20% хворих з I–II стадіями хвороби, 18,7% — з III стадією та 7,4% — з IV стадією хвороби відповідно. Найбільша виживаність (26,7%) у віковій групі 40–49 років. Показник 5-річної виживаності хворих із локалізацією у верхньощелепній пазусі становив 15,1% і в етмоїдальній пазусі — 23% відповідно. Висновки: 1. П'ятирічний показник виживаності за даними Національного канцер-реєстру становив 18,1% хворих: з них 14,7% чоловіків і 21,5% жінок відповідно. Виявлено статистично достовірну залежність показника

виживаності від статі, віку пацієнтів, стадії злоякісних новоутворень та місця їх локалізації. 2. Медіана виживаності жінок становить 18 міс, а чоловіків — 13 міс. 3. Аналіз проведеного дослідження в Україні свідчить про низьку якість діагностики та лікування хворих зі злоякісними новоутвореннями порожнини носа та приносових пазух, що потребує подальшого вдосконалення технології діагностики та лікування цих пацієнтів.

93. Хірургічне лікування пухлин краніофасіальної локалізації

*Д.І. Заболотний, О.І. Паламар, Г.Е. Тімен, Е.В. Лукач,
Д.О. Зінченко, Ю.О. Серезко
ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка
НАМН України», Київ*

Пухлини краніофасіальної локалізації (ПКЛ) — це пухлини, що одночасно поширюються в інтра- чи екстракраніальному напрямках, уражаючи при цьому тканини обличчя, орбіти, носової порожнини, приносових пазух, носо- та ротоглотки, кісток верхньої щелепи, структури вуха. Основну масу пухлин становили злоякісні новоутворення носової порожнини та приносових пазух з інтракраніальним поширенням: епітеліальні пухлини, з хрящової та кісткової тканини (хордома, хондросаркома, остеобластома), судинні (гемангіосаркома, гемангіоперицитоз), м'якотканинні (ангіолейоміома, рабдіоміосаркома, нейрофібросаркома, нейробластома, ретикулосаркома, неврілеміома). Серед доброякісних новоутворень переважали ангіофіброми носоглотки, подеколи менінгіоми та аденоми гіпофіза. Характерною особливістю ПКЛ є їх швидке поширення на основу черепа вздовж слизової оболонки, природних отворів, вздовж інтенсивно васкуляризованих тканин (фалькс).

За період з 2002 по 2010 р. проведено хірургічне лікування 159 хворих з ПКЛ (121 — злоякісні новоутворення, 6 менінгіом, 4 аденоми з інтра- чи екстракраніальним ростом). При операціях використовувався такий принцип — застосування двох доступів одномоментно (краніального і лицьового), що вимагало одномоментного поетапного втручання двох бригад — нейрохірургічної та ЛОР. Такий підхід давав можливість провести радикальне хірургічне втручання: передню (80 операцій) та бокову краніофасіальну резекцію (51), 22 транскраніальних доступи, 3 трансоральних, 3 пертозектомії.

3-річна виживаність хворих становила 63%, 5-річна — 30%, післяопераційна летальність відсутня, ускладнення мали місце у 18% хворих.

Інтрацеребральне поширення пухлини є несприятливим прогностичним фактором, на відміну від епідурального поширення та її зрощення з твердою мозковою оболонкою. Проростання пухлини у періорбіту знижує 3-річну виживаність хворих. Екзентерація орбіти не впливає на 3-річну виживаність. 5-річна виживаність вища у осіб із коротшим анамнезом захворювання.

94. Опыт применения цетуксимаба при лечении плоскоклеточного рака головы и шеи

*В.В. Зовтун, П.В. Безносенко, И.Н. Полищук, Л.М. Ярошевский
Николаевский областной онкологический диспансер*

Внедрение в практику таргетных препаратов открыло новый этап в эволюции методов лечения плоскоклеточного рака головы и шеи (ПРГШ). Наибольшую эффективность при лечении данной патологии показал цетуксимаб (Эрбитукс, «Меркс Сероно»), представляющий собой моноклональное антитело IgG1, который обладает высоким сродством к рецептору эпидермального роста, почти в 100% случаях экспрессирующегося при ПРГШ. Подавляя пролиферацию клетки, ангиогенез, опухолевую инвазию, метастазирование, цетуксимаб одновременно стимулирует апоптоз и повышает чувствительность клетки к лучевой и химиотерапии.

За период 2010 г. в отделении опухолей головы и шеи Николаевского онкологического диспансера цетуксимаб был применен при лечении 4 пациентов, в 1 случае — при неоперабельном рецидиве рака гортани, в 1 — при местно-

распространенных повторных метастазах в лимфоузлах шеи с распадом рака корня языка, и в двух случаях множественных метастазов в обоих легких рака глотки при излеченных первичных очагах. Все больные получили лечение цетуксимабом по схеме 400 мг/м² поверхности тела (начальная доза), 250 мг/м² еженедельно, минимально 6 курсов, максимально — 12, в комбинации с полихимиотерапией по схеме таксаны и цисплатин 1 раз в 4 нед, до 4 курсов. Возможности лучевой терапии были исчерпаны на предшествующих этапах лечения.

Непосредственный эффект в виде полной резорбции метастазов на шее, эпителизации опухолевого изъязвления, уменьшения рецидивной опухоли получены у обоих пациентов с местными проявлениями болезни. В дальнейшем у 1 пациента после отмены эрбитукса по финансовым причинам очень быстро наступило прогрессирование и больной погиб. Второй больной умер через 5 мес после начала лечения эрбитуксом с полной клинической регрессией метастазов рака корня языка в лимфоузлах шеи от острого нарушения мозгового кровообращения. При патологоанатомическом исследовании метастазов не выявлено. У 2 больных продолжают лечение, в одном случае наступила полная регрессия множественных метастазов в обоих легких (рентгенологическое исследование и компьютерная томография), в другом — выраженная регрессия метастазов в легких. Осложнений, кроме петехиальной сыпи, во время лечения цетуксимабом не отмечалось.

Внедрение в практику цетуксимаба при лечении ПРГШ значительно улучшает непосредственные и ближайшие результаты лечения у больных, возможности традиционного лечения у которых исчерпаны, не снижая качества жизни.

95. Порівняльний аналіз ефективності променевого лікування з модифікацією фторафуром пухлин орофарингальної зони

*С.Є. Іванова, В.І. Котілевська, Н.М. Серьогіна
Луганський обласний клінічний онкологічний диспансер*

Провідне місце в лікуванні хворих на рак орофарингальної зони посідає променева терапія (ПТ). Пошук шляхів підвищення радіочутливості пухлин — актуальна проблема радіаційної онкології. Одним із напрямів у вирішенні цієї проблеми є радіомодифікація з використанням цитостатичних препаратів, що виявляють радіосенсибілізуючий ефект.

Метою нашого дослідження є порівняльний аналіз ефективності променевого лікування з модифікацією фторафуром. Лікування проводилось 46 пацієнтам. Хворих розподілили на дві групи: 1-шу (22 особи), які отримували ПТ без хемомодифікації; 2-гу (24 особи) — хворі, у яких ПТ виконували тим же режимом у поєднанні з хемомодифікацією фторафуром у дозі 400 мг 3 рази на добу внутрішньо. ПТ здійснювали на апараті «Терагам», «Агат», ритм опромінення — по 2 Гр 5 разів на тиждень, за 18–20 фракцій на першому етапі ТГТ. На другому етапі ПТ сумарну вогнищеву дозу доводили до 60–66 Гр. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, для оцінки ефективності ПТ використано такі критерії: повна, часткова регресія, стабілізація процесу та прогресування. Результати оцінювали через 3 та 6 міс після завершення ПТ.

У результаті лікування вдалося досягти позитивного ефекту (повна або >50% регресії пухлини) у 16 хворих 1-ї групи (72,7%) і у 21 (87,5%) хворого 2-ї групи. В обох групах були пацієнти з I–III стадією захворювання. Повну регресію відзначено у хворих із I–II стадією. Виражених загальних променевих реакцій на фоні лікування у жодного з пацієнтів не спостерігалось. Облік ранніх променевих реакцій та ушкоджень проводили згідно з класифікацією RTOG/EORTG 1995 р. за 4-бальною шкалою. У 2-й групі хворих мукозити III ступеня траплялися вірогідно частіше, ніж у 1-й (11,6% у 1-й групі, 33,4% — у 2-й групі). Але в жодному випадку це не призвело до припинення ПТ.

Таким чином, для більшості солідних, місцево-поширених пухлин основною стратегією на I етапі є хемопроменева терапія, яка при високій чутливості для деяких пухлин (рак гортані,

гортаноглотки, слизової оболонки ротової порожнини) може бути продовжена як самостійне консервативне органозберігаюче лікування. Також цей варіант лікування може виступати як неoad'ювантна терапія з подальшою операцією, що в результаті сприяє продовженню тривалості життя.

96. Неінвазивна імпресійна технологія для об'єктивізації цитологічної діагностики передпухлинних станів, раку ротової порожнини, скринінгу та моніторингу

С.С. Кірсєва, В.С. Процик

Національний інститут раку, Київ

Ризик раку ротової порожнини пов'язують із тривалим терміном тютюнопаління, вживанням алкоголю, дією мутагенів та канцерогенів і генетичною чутливістю до них. В Україні захворюваність на рак ротової порожнини стійко зростає — за останні 25 років у чоловіків вона збільшилася в 4,5 раза, у жінок — у 2,0 рази. За даними соціологічного опитування, в Україні палять 36,7% дорослого населення, понад 17 млн осіб.

Вагомим внеском у вирішенні цієї проблеми є розробка неінвазивних технологій для діагностики раку цієї локалізації, моніторингу та скринінгу. Для методу імпресійної цитології найкращими виявилися мембрани Biopore (Millicell-CM 0.4mm PICM 012550, Millipore Corp, Bedford, MA, USA). За допомогою цих фільтрів було взято 20 препаратів зі слизової оболонки та пухлини у 10 хворих на рак порожнини рота і відпрацьована методика отримання цитологічного матеріалу та імуногістохімічні реакції на виявлення біомаркерів p53 (clone DO-7), Bcl-2 (clone 124), Ki-67 (clone MIB-1), (система візуалізації «Daco Cytomation»).

Імпресійна технологія отримання цитологічного матеріалу зводиться до нижченаведеного: 1) цитологічний матеріал береться після гігієни порожнини рота; 2) перед накладанням стерильного мембранного фільтра марлевым тампоном знімають наліт на слизовій оболонці, і на цю ділянку прикладають фільтр і натискають на нього від 5 до 10 с; 3) препарат висушують на повітрі 5 хв, і фіксують клітини. В суміші Нікіфорова препарат фіксується до 15–20 хв, у нейтральному забуференому 10% формаліні — 15–20 хв; 4) зафіксований препарат ділять скальпелем на декілька частин, які можуть зберігатися до спеціальних досліджень, а частину фільтра переносять на предметне скло і фарбують за потрібною методикою, закладають у бальзам і досліджують під мікроскопом.

Проведений аналіз показав, що метод імпресійної цитології з використанням мембран Біороге має ряд переваг, а саме: метод є неінвазивним і дозволяє отримувати велику кількість клітинного матеріалу з більш глибоких шарів епітелію слизової оболонки та пухлини, що суттєво покращує результати, та проводити імуногістохімічні дослідження. Неінвазивна імпресійна технологія з використанням мембрани Біороге дозволяє об'єктивізувати цитологічну діагностику передпухлинних станів і пухлин порожнини рота і може знайти застосування для моніторингу та скринінгу.

97. Комплексне лікування розповсюджених злоякісних новоутворень губи

В.М. Ковальчук, Б.М. Гуля, І.В. Міщераков, О.П. Суходольська, Н.В. Шевеленко

Житомирський обласний онкологічний диспансер

У зв'язку з анатомічною особливістю, швидким розповсюдженням захворювання, інвалідизацією, смертністю хворих у молодому віці є досить актуальною проблема лікування раку губи. Методом вибору при лікуванні злоякісних новоутворень губи є регіонарна поліхіміотерапія (Gan To Koyaku, 1999).

Після Чорнобильської катастрофи спостерігається ріст захворюваності на рак губи, ротової порожнини. Найвищий рівень захворюваності чоловіків у Житомирській, Вінницькій, Одеській, Полтавській, Черкаській та Чернігівській областях. Захворюваність у Житомирській області на злоякісні

новоутворення губи: у 2008 р. — 4,8; у 2009 — 2,7. Смертність у 2008 р. — 0,4; у 2009 — 0,3.

Проведено лікування 62 хворих віком від 46 до 72 років. Усі хворі були чоловічої статі. Із них у 40 (64,5%) — виявлено III стадію розповсюдження пухлинного процесу губи, у 22 (35,5%) — IV стадію. У всіх випадках діагноз підтверджено цитологічним і гістологічним дослідженнями біопсійного матеріалу. Усім хворим під місцевим знеболенням проведена катетеризація лицьової артерії. Регіонарну поліхіміотерапію (ПХТ) проводили такими препаратами: 5-фторурацил, цисплатин, метатрексат, блеоцин. Регіонарна ПХТ проводилась в поєднанні з променевою терапією. Дози хіміопрепаратів підбирали індивідуально. Регресію пухлини оцінювали відразу після закінчення курсу лікування, через 1 міс, віддалені результати спостереження через 5 років. Повна регресія пухлини спостерігалась у 48(80,1%), часткова — у 12(19,9%) хворих через 1 міс після проведення комбінованого лікування. У 8 (13%) хворих виконано оперативне лікування з резекцією губи, модифікованою пластикою за Брунсом.

Запропонований спосіб знижує ризик виникнення рецидивів та метастазів, сприяє регресії новоутворення. Таким чином, комплексне лікування дозволяє покращити найближчі та віддалені результати лікування, якість життя хворих і прогноз. Лікування добре переноситься пацієнтами, не потребує великих економічних затрат.

98. Безопасная техника регионарной внутриартериальной инфузии при злокачественных опухолях головы и шеи

М.П. Комский, И.Н. Бондаренко, К.О. Чебанов

Днепропетровская государственная медицинская академия

Использование регионарной артериальной стимуляции органного лимфооттока позволяет увеличить абсорбцию лекарственных средств из интерстициального пространства в лимфатические капилляры, создает высокие концентрации антибиотиков не только в регионарных лимфатических узлах и органах, но и длительно поддерживает терапевтический уровень лекарственных средств в периферической крови.

Наши экспериментальные исследования позволили установить, что инфузия, проводимая под давлением, не превышающим на 5–15 мм рт. ст. исходное давление в артериальном сосуде, являлось безопасным и не приводило к местным нарушениям. Мы использовали инфузор Intermate LV10 фирмы «Baxter» для длительной инфузии, объемная скорость которой 10 мл/ч, продолжительность — 24 ч, максимальный объем — 250 мл, параметры работы которого соответствовали нашим данным о безопасном проведении инфузии лекарственных веществ в наружную сонную артерию. По мере убыли инфузата его можно с помощью шприца добавлять, не прекращая процедуры. Этот тип инфузоров применяется для инфузии цитостатиков, противовирусных препаратов, антибиотиков, фунгицидных средств, иммунодепрессантов и других лекарственных препаратов при лечении многих заболеваний, в том числе злокачественных опухолей головы и шеи.

Таким образом, инфузори фирмы «Baxter» открывают новые возможности в хирургии, химиотерапии и в других областях, где требуется длительное введение растворов в кровеносные сосуды, а использованный нами инфузор Intermate LV10 позволяет проводить внутриартериальную лимфотропную инфузию лекарственных растворов, близких к физиологическим.

По сравнению с общепринятыми способами введения химиопрепаратов наша методика имеет следующие очевидные преимущества: 1. Длительно сохраняющаяся терапевтическая концентрация лекарственных препаратов в тканях и жидких средах организма позволяет значительно снизить (в 2–3 раза) суточные и курсовые дозы вводимых препаратов. 2. Значительно снижается стоимость лечения, что особенно важно в современных социально-экономических условиях. 3. Снижение доз препаратов, сбрасываемых в обшкрывное

русло, позволяет резко сократить общетоксическое действие на кроветворную систему.

99. Індукційна поліхіміотерапія в комплексному лікуванні хворих на рак ротової порожнини

*Є.В. Коробко, В.С. Процик, О.М. Трембач,
О.А. Мосін, Р.Є. Чичула, Д.М. Руденко
Національний інститут раку, Київ*

Незадовільні результати традиційних методів лікування хворих на рак ротової порожнини спонукають до використання нових, більш ефективних методів протипухлинної терапії, застосування нових препаратів та методичних підходів. Індукційна хіміотерапія на першому етапі лікування перед кожним курсом променевої терапії проведена у 204 хворих на рак слизової оболонки ротової порожнини. Дистанційна гамма-терапія виконувалась на апараті «Рокус» за розщепленою методикою з 3-тижневою перервою до сумарної вогнищевої дози 60 Гр (разова доза — 2,5 Гр).

У 108 хворих на рак ротової порожнини схема хіміотерапії включала цисплатин в дозі 100 мг/м² поверхні тіла в 1-й день та 5-фторурацил — в дозі 1000 мг/м² з 1-го по 5-й день лікування внутрішньовенно. У 96 хворих на рак ротової порожнини ця схема індукційної хіміотерапії була доповнена застосуванням препаратів групи таксанів, які вводили внутрішньовенно у формі 3-годинної інфузії у 1-й день лікування — доцетаксел в дозі 75 мг/м² (у 68 хворих) та паклітаксел — у дозі 175 мг/м² (28 хворих).

Повна регресія пухлини ротової порожнини після поєднаної дії індукційної поліхіміотерапії та променевої терапії відзначена у 58 (28,4%) хворих, на >50% — у 135 (66,2%) та на <50% — тільки у 11 (5,4%) пацієнтів. Прогресування захворювання не спостерігалось. Кращі результати отримані при використанні в схемі індукційної поліхіміотерапії препаратів групи таксанів. Кількість випадків повної регресії пухлини в цій групі хворих була на 15,3% більшою порівняно зі хворими, які отримували цисплатин та 5-фторурацил. Вивчення морфологічних показників протипухлинного впливу індукційної хіміотерапії та променевої терапії на плоскоклітинний рак слизової оболонки ротової порожнини показало, що за критерієм «резидуальна пухлинна паренхіма» вміст структурно збережених ракових клітин зменшується більше ніж у 2 рази порівняно з тільки передопераційною променевою терапією (16,9 та 39,8%), а за критерієм «апоптоз» кількість апоптотичних клітин підвищується майже в 4 рази (60,1 та 15,1% відповідно).

Отже, індукційна поліхіміотерапія з променевою терапією на доопераційному етапі комбінованого лікування дозволяє досягти максимально можливої девіталізації ракової паренхіми та отримати об'єктивний клінічний ефект у всіх хворих. Використання у схемі індукційної поліхіміотерапії препаратів групи таксанів покращує безпосередні результати лікування хворих на рак ротової порожнини.

100. Аналіз захворюваності, діагностики та лікування хворих на рак гортані в Івано-Франківській області в 2001–2005 роках

*І.Д. Костишин, Т.Б. Боднарчук, В.Р. Романчук, С.С. Цибран,
В.В. Голотюк, О.Р. Туманова, П.М. Семенів, Ю.К. Вісоченко,
В.І. Голотюк, А.В. Андрій*

*Івано-Франківський національний медичний університет
Обласний онкологічний диспансер, Івано-Франківськ*

У структурі загальної онкозахворюваності рак гортані займає 9-те місце, а серед пухлин голови й шиї — 1-ше місце і має неухильну тенденцію до росту. Рання діагностика раку гортані становить певні труднощі у зв'язку з подібністю початкових проявів захворювання із доброякісними пухлинами, запальними й іншими патологічними процесами, а лікування пухлин гортані є однією з найскладніших проблем онкології.

Аналіз захворюваності на рак гортані впродовж 2001–2005 рр. показав, що за 5 років в Івано-Франківській області

на облік було взято 362 хворих: 347 чоловіків і 15 жінок. Показник захворюваності в області за цей період становив 5,1, в той час як по Україні — 5,5. Показники смертності становили відповідно 2,5 і 3,8. Не прожили 1 року в середньому 28,6%, по Україні — 34,4%. Морфологічно діагноз раку був підтверджений 83,5% хворим, по Україні — 87,1%. Стадія захворювання свідчить про якість діагностики та впливає на ефективність лікування. В Івано-Франківській області у III стадії виявлено 50% хворих, у IV стадії — 16,6%. Таким чином, питома вага III–IV стадії становила 66,6%, при середньому показнику за 5 років по Україні — 55,1%.

Серед методів лікування в регіоні провідне місце займає променева терапія (як монометод застосовувалась у 48% хворих), хірургічне лікування отримали 6,6%, комбіноване — 42% пацієнтів. Таким чином, спеціальним лікуванням було охоплено 96,6% хворих. Прожили більше 5 років 23,4% хворих, які отримали тільки дистанційну гамма-терапію, 65% прооперованих і 43,6% хворих після комбінованого лікування. Більше 5 років прожили 69% хворих, які отримали комбіноване і хірургічне лікування. Із загальної кількості хворих більше 5 років живуть 33%.

Показники захворюваності на рак гортані в Івано-Франківській області за 2001–2005 рр. практично ідентичні з показниками по Україні. Дані смертності й тривалості життя упродовж 1 року є дещо нижчими. Відзначено меншу частку морфологічно підтверджених діагнозів у регіоні. Зважаючи на високу частоту виявлення раку цієї локалізації в III–IV стадії, слід наголосити на необхідності оптимізації діагностичного процесу. Найефективнішими методами лікування є комбінований і хірургічний.

101. Причини неефективності лікування раку гортаноглотки

*І.Д. Костишин, Т.Б. Боднарчук, В.Р. Романчук, С.С. Цибран,
В.В. Голотюк, О.Р. Туманова, А.Я. Лозинський, В.В. Бойко,
А.В. Андрій*

*Івано-Франківський національний медичний університет
Обласний онкологічний диспансер, Івано-Франківськ*

Згідно із сучасними даними, частка злоякісних новоутворень гортаноглотки становить 12–26% усіх злоякісних пухлин ЛОР-органів. Зважаючи на те, що гортаноглотка є візуальною локалізацією, а її ураження раком уже на початкових стадіях викликає суттєві розлади дихання і ковтання, показники діагностики залишаються незадовільними. До 96,5% хворих починають отримувати спецлікування на III–IV стадії пухлини з наявністю у 56–64% регіонарних метастазів. Пізнє виявлення захворювання на етапах загальнолікарняної мережі призводить до незадовільних результатів лікування.

Мета дослідження — вивчити розповсюдження, стадійність і результати лікування хворих на рак гортаноглотки в Івано-Франківській області. Наведено результати обстеження і лікування 76 хворих на рак гортаноглотки в обласному онкодиспансері за 2001–2005 рр. Вік хворих — від 31 до 78 років. Чоловіків було 75, жінок — 1. За стадіями захворювання: T2N0M0 — 1; T3N0M0 — 4; T3N1M0 — 16; T3N2M0 — 10; T3N3M0 — 16; T4N3M0 — 29. III стадія захворювання була у 30 хворих, IV — у 45. Питома вага хворих III–IV стадії становила 98,7%. При лікуванні застосовували методи традиційного фракціонування у 53 хворих і комбіноване лікування — у 14 хворих, 9 пацієнтів відмовилися від лікування.

У хворих, які отримували тільки променеве лікування, медіана виживаності — 9,8 міс, комбіноване — 17,2 міс, тобто майже у 2 рази вища. У групі нелікованих хворих медіана виживаності — 4,8 міс. Факторами, що погіршують результати лікування, є пізнє звернення хворих за медичною допомогою — більш ніж через 3 міс після виявлення перших симптомів. Гістоструктура плоскоклітинного раку не виявляла значного впливу на ефективність лікування.

Висновки: 1. Лікарям загальної мережі слід покращити санітарно-освітню роботу на етапах диспансеризації онкохворих. 2. Основним фактором, який знижує ефективність спецлікування хворих на пізніх стадіях є несвоєчасне звернення за медичною допомогою. 3. Кращим є прогноз у хворих, яким проведено комбіноване лікування. 4. Для покращання результатів лікування

пізніх стадій раку гортаноглотки слід впроваджувати в практику методи потенціювання променевої терапії (радіопротектори, хіміотерапія тощо).

102. Захворюваність і результати лікування хворих на рак гайморової пазухи у 2001–2010 роках в Івано-Франківській області.

І.Д. Костишин, Р.А. Левандовський, В.В. Гололюк, В.І. Попович, В.Р. Романчук, О.Р. Туманова, С.С. Цибран, В.В. Бойко, І.М. Остап'як, Б.Ю. Ткачук, А.В. Андрійів

*Івано-Франківський національний медичний університет
Обласний онкологічний диспансер, Івано-Франківськ*

Труднощі своєчасної діагностики та лікування хворих на рак гайморових пазух (ГП) зумовлені безсимптомним перебігом ранніх стадій, анатомічними особливостями цієї локалізації та межуванням із життєво важливими органами.

Мета дослідження — вивчити захворюваність, результати діагностики і лікування хворих на рак ГП за останні 10 років в Івано-Франківській області. У відділенні пухлин голови та шиї Івано-Франківського Обласного онкологічного диспансеру з 2001 по 2010 р. обстежувалися і лікувалися 80 хворих на рак ГП, в тому числі — 60 чоловіків та 20 жінок. Вік хворих — 36–82 років. У всіх пацієнтів діагноз підтверджено гістологічно: у 58 — плоскоклітинний зрговівуючий, у 22 — плоскоклітинний незрговівуючий рак. На II стадії захворювання виявлене лише у 4 (5%) хворих. У 36 (45%) хворих була III стадія і у 40 (50%) — IV стадія. Частка занедбаних форм становила 95%. Спеціальне лікування отримали 74 (92%) хворих, 6 осіб від лікування відмовилися. Найчастіше застосовували регіонарну хіміотерапію (ХТ) у поєднанні з телегаматерапією (ТГТ) — 24 (32%) хворих. 23 (31,1%) пацієнти отримали ТГТ (РВД — 2 Гр., СВД — 60–70 Гр.); 17 хворих (23%) — хіміопроменево лікування; 4 (5,4%) — системну ХТ і 6 (8,1%) — комбіноване лікування.

Значна частка (95%) занедбаних стадій раку ГП перешкоджає досягненню хороших результатів лікування. Середня медіана виживаності всіх лікованих хворих становила 20,3 міс. Найкращі результати отримано у хворих, яким проведено ТГТ — 24,6 міс; хворі, які отримали хіміопроменево і комбіноване лікування жили в середньому 23 міс; регіонарну ХТ у поєднанні з променевою — 17,9 міс; системну ХТ — 13,2 міс. Терапевтичний ефект на початкових етапах був найкращим у групі хворих, які отримували регіонарну ХТ + ТГТ, але, як показали віддалені результати, у цій групі показник виживаності був найнижчим (17,9 міс).

Результати виявлення хворих на злоякісні пухлини ГП є незадовільні (95% на III і IV стадії). Найефективнішим методом лікування виявилася променева терапія. Регіонарна ХТ не покращує виживаності, її доцільно використовувати на першому етапі комбінованого лікування.

103. Профілактика виникнення кровотечі після видалення пухлини серединного відділу гортані

Д.А. Кравченко, Ю.О. Серезько

*ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка
НАМН України», Київ*

Хірургічне лікування хворих на рак гортані II та III стадії може проводитися зовнішнім доступом через серединний розріз шиї та розсічення щитовидного хряща. Після видалення пухлини голосової складки проводиться зупинка кровотечі шляхом затискання рани марлевою кулькою, каустикою чи перев'язкою судин. У післяопераційний період, при підвищенні артеріального тиску, голосовому навантаженні, кашлі — може відбуватися поновлення кровотечі. Таке ускладнення погіршує стан хворого.

Мета дослідження — профілактика виникнення кровотечі при хірургічному лікуванні хворих на рак гортані. У відділі онкопатології ЛОР-органів проведено хірургічне лікування 10 хворих на рак серединного відділу гортані II–III стадії (T2N0M0 — 7, T3N0M0 — 3). Після видалення пухлини се-

рединного відділу гортані та коагуляції на ділянку резекції накладали шматочок гемостатику на основі окисненої регенерованої целюлози.

Після тиреотомії проводили хордектомію у 6 хворих (T2N0M0), діагональну резекцію гортані — у 4 хворих (T2N0M0 — 1, T3N0M0 — 3). Після видалення пухлини серединного відділу гортані за запропонованим методом виконали профілактику виникнення кровотечі. Післяопераційний період проходив без ускладнень у всіх хворих. Рана загоїлася первинним натягом. Хворі були виписані на 7–8-й день. Оптимальна техніка гемостазу дозволила підвищити надійність зупинки кровотечі та виключила можливість ускладнень (незначне затікання крові у трахею, а звідси — провокацію кашлю та підвищення артеріального тиску і посилення кровотечі). Крім того, ущільнення коагульованих судин дало можливість закрити рану від мікробного забруднення. Спостерігалось покращення функціонального результату операції.

Удосконалення профілактики виникнення кровотечі після видалення пухлини серединного відділу гортані можливе при застосуванні гемостатику на основі окисненої регенерованої целюлози.

104. Реконструкція гортаноглотки і верхньої треті пищевода при опухоловому поражении

Н.В. Красносельский¹, П.И. Костя², И.А. Криворучко¹,

А.А. Хиженя¹, С.Н. Балака¹, В.А. Бельский³, С.А. Шипилов³

¹Харьковский национальный медицинский университет

Харьковская областная клиническая больница

*²ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева
НАМНУ»*

*³Военно-медицинский клинический центр Северного региона
МО Украины, Харьков*

Гортаноглоточный сегмент и верхнюю треть пищевода принято считать одной из наиболее сложных разделов восстановительной хирургии пищеварительного тракта. При злокачественном поражении этой зоны, как правило, большие считаются нерезектабельными, а при комплексном лечении результаты крайне неблагоприятные.

Цель исследования — продемонстрировать возможность выполнения радикальных оперативных вмешательств с хорошим функциональным эффектом у больных с первичным раком и вторичным опухолевым поражением.

С 1993 по 2011 г. на базе клиник ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМНУ», ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМНУ» и Харьковской областной клинической больницы выполнена реконструкция обширных дефектов гортаноглотки и шейного отдела пищевода у 7 больных с применением предварительно мобилизованного из брюшной полости гастротрансплантата (4), аутоэнтеротрансплантата на сосудистой ножке (2), сформированного гастротрансплантата из малой кривизны на сосудистой ножке (1). Из них 2 оперированы по поводу местно-распространенных форм рака щитовидной железы, 3 — по поводу рака гортаноглотки и 2 — по поводу рака средней трети пищевода после предоперационной лучевой терапии.

Целостность пищеварительной трубки восстанавливалась атравматическим материалом (викрил 3/0–4/0) двухрядным швом с установкой трансназального зонда и восстановлением сосудистого русла микрососудистым артериальным швом «конеч в конец» с ветвями наружной сонной артерии и венозного русла — анастомозом «конец в бок» с внутренней яремной вены. Из 7 больных у 2 отмечалась частичная несостоятельность краниального отдела пищеварительного анастомоза с последующим закрытием через 3 (1) и 4 (1) нед.

Выполнение реконструкции гортаноглотки и верхней трети пищевода при злокачественном процессе позволяет повысить эффективность как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения и получить позитивный эффект.

105. Результаты реконструктивно-пластических операций у больных с местно-распространенными формами рака щитовидной железы

Н.В. Красносельский¹, И.А. Криворучко¹, А.К. Флорикян², В.Г. Дуденко¹, С.Н. Балака¹, В.А. Бельский³, С.А. Шепилов³

¹Харьковский национальный медицинский университет,
Харьковская областная клиническая больница

²Харьковская медицинская академия последипломного образования

³Военно-медицинский клинический центр Северного региона
МО Украины, Харьков

Последние десятилетия характеризуются увеличением числа заболеваний щитовидной железы, в том числе и местно-распространенных форм рака (МРФРЩЖ).

Цель исследования — пстировать эффективность программы хирургического лечения больных с МРФРЩЖ путем дифференцированного выбора реконструктивно-пластических операций (РПО) с учетом степени распространенности и инвазии опухолевого процесса, морфо-функциональных особенностей щитовидной железы и адаптационно-компенсаторных возможностей организма. Проанализированы результаты лечения 102 больных с МРФРЩЖ за период с 1993 по 2011 г. Инвазия опухоли в окружающие ткани отмечена у 90 (88,2%) больных. У 100 пациентов (98%) выполнены радикальные операции.

Оперативные вмешательства по поводу опухолевой инвазии трахеи выполнены у 86 (84,3%) больных. При I степени инвазии по Grillo у 62 (60,8%) пациентов использовался метод «сбывания». У 24 (23,6%) больных при II–IV степени инвазии применялись различные виды резекции дыхательной трубки (трахеостома наложена в одном случае при дефекте в 9 полуколец). При опухолевой инвазии сосудов (25 пациентов — 24,5%) РПО выполнены при резекции сонных (10), подключичных артерий (2), верхней полой (10), внутренней яремной вен (3). Реконструктивные вмешательства на пищеводе выполнены у 9 (8,8%) больных, на покровных тканях — у 13 (12,7%) (в 6 случаях использовался большой сальник на сосудистой ножке). В послеоперационный период умерли 4 (3,9%) больных в результате: аррозивного кровотечения, тромбоэмболии легочной артерии, нагноения послеоперационной раны, лимфофорей. 3-летняя выживаемость составила 77,8%, а 5-летняя — 64,6%.

Единственным эффективным методом лечения больных с МРФРЩЖ является радикальное хирургическое лечение, перспективность которого обусловлена РПО. Расширение показаний в выполнении РПО при расширенно-комбинированных и комбинированных вмешательствах существенно не влияет на частоту послеоперационных осложнений.

106. Интраоперационное контрастирование регионарного лимфоколлектора у пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы (сT1–4 N0 M0)

А.В. Курочкин, И.А. Винниченко, В.И. Копаныхин, Хаммед Абас
Сумской областной клинической онкологической диспансер

В настоящее время единственным методом лечения рака щитовидной железы является хирургическое вмешательство, но, несмотря на это, до сих пор дискутируется вопрос об адекватном объеме операции. К сожалению, принятый стандарт лечения рака щитовидной железы в виде тиреоидэктомии с последующей радиойодтерапией и супрессивной гормонотерапией во многих случаях является избыточным. Нерешенным остается вопрос об объеме лимфодиссекции при клинически неопределяемых метастазах в лимфатических узлах шеи. Таким образом, поиск надежных методов диагностики, на которых основывается принятие решения о проведении адекватной лимфаденэктомии при тиреоидном раке в настоящее время является актуальным.

Цель исследования — оценить эффективность интраоперационного контрастирования сторожевых лимфатических узлов (СЛУ) при помощи 1% толуидинового синего. Проведен анализ лечения 123 пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы (сT1–4N0M0). Проводили интратуморальное

введение 1% толуидинового синего около 1,0 мл. Всем пациентам выполнялась двусторонняя селективная лимфодиссекция в объеме VI + II-A; III; IV.

СЛУ выявлены у 120 (97,6%) пациентов. Количество СЛУ варьировало от 2 до 14 (в среднем — 4,2). В основном такие узлы определялись в центральном коллекторе шеи (VI) у 91 (75,8%) пациента. У 63,3% пациентов, произошло окрашивание СЛУ III уровня шеи. У 11 (9,2%) пациентов накопление контраста выявлено только в III, IV и VB уровнях шеи. Достаточно редко (5,8%) происходило контрастирование лимфатических узлов передневерхнего средостения. На основании результатов интраоперационного исследования сторожевых лимфатических узлов, метастазы в них выявлены у 33 (27,5%) из 120 пациентов. В нашем исследовании не было диагностических расхождений в определении позитивного статуса сторожевых лимфатических узлов во время интраоперационного и окончательного гистологического исследования.

Интраоперационная визуализация сторожевых лимфатических узлов с гистологическим исследованием является простым и эффективным методом, что позволяет выбрать вариант шейной лимфодиссекции при тиреоидном раке или отказаться от нее.

107. Суперселективна внутрішньоартеріальна хіміотерапія в комплексному лікуванні хворих на місцево-поширений рак ротової порожнини та ротоглотки

В.С. Процик, О.Г. Югрінов, Д.М. Руденко
Національний інститут раку, Київ

Проблема лікування місцево-поширеного раку ротової порожнини та ротоглотки є актуальною внаслідок високого рівня захворюваності та смертності від цієї патології. Стандартним методом лікування хворих на рак ротової порожнини та ротоглотки III–IV стадії залишається комплексний, який включає хіміотерапію, променеву терапію та хірургічне втручання. Для запобігання негативних наслідків хіміотерапії та для підвищення ефективності її протипухлинної дії використовується селективна та суперселективна внутрішньоартеріальна хіміотерапія.

Мета роботи — покращити результати лікування хворих на місцево-поширений рак ротової порожнини та ротоглотки шляхом застосування суперселективної внутрішньоартеріальної хіміотерапії. В дослідження включено 52 хворих із місцево-поширеним раком язика (25), дна ротової порожнини (8), та ротоглотки (19). Осіб жіночої статі було 11, чоловічої — 41, III стадія захворювання була у 10, IV стадія — у 19 хворих та у 23 хворих була місцево-поширена пролонгація захворювання після хіміопроменевої терапії. У всіх первинних хворих суперселективна внутрішньоартеріальна хіміотерапія проведена як перший етап комбінованого лікування у поєднанні з дистанційною гамма-терапією. Для проведення суперселективної внутрішньоартеріальної хіміотерапії використано два способи катетеризації язикової артерії: трансформальний і транстемпоральний. Суперселективну внутрішньоартеріальну хіміотерапію виконували шляхом інфузії 150–200 мг цисплатину впродовж 2,5–3 год на фоні терапії супроводу.

Повна регресія пухлини після суперселективної внутрішньоартеріальної хіміотерапії отримана у 3 хворих на рак язика та у 1 — на рак дна ротової порожнини. У 10 хворих відбулася регресія пухлини на >50%, що дозволило у 2 з них провести органозберігаючу операцію — кріодеструкцію залишкової пухлини, у інших — резекцію органа. У 13 хворих із IV стадією отримана стабілізація пухлинного процесу. З 23 хворих з пролонгацією захворювання після хіміопроменевої терапії у 4 із них отримана регресія пухлини на >50%, що дозволило у 2 провести електрохіміолізис пухлини та у 2 — резекцію кореня язика. В інших хворих відзначена стабілізація пухлинного процесу.

Суперселективна внутрішньоартеріальна хіміотерапія є ефективним методом в комплексному лікуванні хворих

на місцево-поширений рак ротової порожнини та ротоглотки. Транстемпоральна суперселективна катетеризація язикової артерії є більш безпечним методом, що дозволяє за необхідності проводити повторні курси внутрішньоартеріальної хіміотерапії.

108. Основний грудний шкірно-м'язовий клапоть у реконструктивній пластичній хірургії великих післяопераційних дефектів голови та шиї

*В.С. Процик¹, С.П. Галич², О.В. Кравець³,
О.М. Трембач¹, Є.В. Коробко¹*

¹Національний інститут раку, Київ

²Національний інститут хірургії і трансплантології
ім. О.О. Шалімова, Київ

³КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер»

Радикальне видалення місцево-поширених пухлин потребує проведення розширених та комбінованих операцій, які призводять до утворення великих дефектів тканин та значних функціональних порушень. Із арсеналу методів пластичного відновлення великих післяопераційних дефектів голови та шиї найбільш оптимальним є використання шкірно-м'язового клаптя з великим грудним м'язом.

Проведена оцінка ефективності використання васкуляризованого шкірно-м'язового клаптя з великим грудним м'язом для реконструкції великих післяопераційних дефектів голови та шиї у 20 хворих, які отримали комбіноване лікування. Середній вік хворих становив 53,3 року. Чоловіків — 16, жінок — 4. Рак ротоглотки був діагностований у 7, дна ротової порожнини — у 5, слизової оболонки щок — у 4, шкіри та м'яких тканин щок та шиї — у 4 хворих. Первинних хворих було 17, з рецидивом після комбінованого лікування — 3. Хворих із III стадією було 6, з IV — 11. У хворих з рецидивом пухлини було поширення захворювання на 2–3 анатомічні ділянки.

Використані три варіанти шкірно-м'язових клаптів із включенням великого грудного м'яза. При першому формувався клапоть із шкірно-м'язовою ніжкою, що забезпечило закриття не лише дефекту шкіри та м'яких тканин у ділянці первинної пухлини, але й покриття та захист судинно-нервового пучка шиї при одночасно проведеній операції Крайля з видаленням частини шкіри (n=4). Другий варіант передбачав формування клаптя на довгій судинній ніжці для реконструкції орофарингіальної ділянки у випадках, коли кивальний м'яз зберігався (n=11). При третьому варіанті частина шкіри ніжки клаптя, яка прикривалась шкірою в ділянці шиї, підлягала деєпідермізації (n=5). Незважаючи на те, що у більшості хворих трансплантат був переміщений в ділянку, яка раніше піддавалась опроміненню, первинне приживлення відзначено у всіх оперованих хворих. Краєвий некроз клаптя спостерігався у 3 випадках. У всіх хворих отримані задовільні функціональні та косметичні результати.

Основний грудний шкірно-м'язовий клапоть є надійним трансплантатом, використання якого дозволило виконати одноетапну пластичну реконструкцію значних за обсягом післяопераційних дефектів голови та шиї.

109. Ербітукс в комплексному лікуванні плоскоклітинного раку голови та шиї

В.С. Процик, Є.В. Коробко, О.А. Мосин
Національний інститут раку, Київ

Останнім досягненням у лікуванні плоскоклітинного раку голови та шиї (ПКРГШ) є впровадження в практику Ербітукса («Меркс Сероно»), який є високоактивним моноклональним антитілом Ig G, націленим на рецептори епідермального фактору росту (EGFR), рівень експресії яких високий практично при всіх ПКРГШ. Ербітукс інгібує проліферацію і ангиогенез, індукує апоптоз пухлинних клітин, знижує метастазування та підвищує чутливість до променевої та хіміотерапії.

Мета дослідження — підвищити ефективність комплексного лікування хворих на ПКРГШ за рахунок подолання резистентності пухлин шляхом використання таргетної терапії ербітуксом. Проаналізовано результати застосування ербітуксу в комплексному лікуванні 11 хворих на місцево-поширений рак ротової

порожнини та ротоглотки. При комбінації променевої терапії з ербітуксом (n=4) останній вводився за 1 тижд до початку опромінення в дозі 400 мг/м² поверхні тіла протягом 120 хв, в подальшому препарат вводився щотижнево в дозі 250 мг/м² (60 хв інфузія). У пацієнтів із рецидивом захворювання (n=7) та неефективних курсів хіміотерапії ербітукс призначався до 4–5 курсів кожні 4 тиж в комбінації з цисплатиною (100 мг/м² в 1 день) і 5-фторурацилом (1000 мг/м² в/в 1–4 дні). Хіміопрепарати призначалися через 1–2 год після завершення інфузії ербітуксу.

Ускладнень не спостерігали. Застосування комбінації ербітуксу з препаратами платини виявилися більш ефективним у хворих із рецидивами раку при безуспішних способах лікування тільки однією хіміотерапією. Лікування місцево-поширеного первинного та рецидивного ПКРГШ за допомогою ербітуксу в поєднанні з променевою та хіміотерапією дозволяє покращити місцево-регіонарний контроль захворювання.

110. Реконструктивно-відновні операції з використанням товстокишкового аутоотрансплантату в хірургії місцево-поширеного раку ротоглотки

*В.С. Процик, О.В. Кравець, О.М. Прошак,
І.В. Плахотний, В.П. Шкварко*
Національний інститут раку, Київ

Комунальний заклад «Черкаський обласний онкологічний диспансер»

Хворі на місцево-поширені злоякісні новоутворення ротоглотки потребують проведення реконструктивно-відновних операцій, що зумовлено високою функціональною і естетичною значимістю органів та анатомічних зон цієї локалізації. Проблема відновлення дефектів ротоглотки пов'язана зі складним рельєфом слизової оболонки, наявністю кісткових структур, постійним контактом операційної рани з високовірulentною флорою та слиною, тому актуальним питанням залишається пошук оптимального пластичного матеріалу при проведенні реконструктивних операцій.

Мета дослідження — підвищити ефективність лікування та покращити якість життя хворих на місцево-поширені злоякісні новоутворення ротоглотки. Проаналізовано результати реконструктивно- відновного лікування 24 хворих на місцево-поширені злоякісні новоутворення ротоглотки віком від 32 до 64 років. Осіб жіночої статі було 2, чоловіків — 22. Рак кореня язика діагностовано у 20 (83,3%), м'якого піднебіння — у 4 (16,7%) хворих. Реконструктивно-відновне лікування проводилось одномоментно з радикальним хірургічним втручанням. Пластика дефекту проводилась шляхом мікрохірургічної аутоотрансплантації фрагмента поперекової кишки на серединних товстокишкових артеріях та вені. В якості реципієнтних судин використані гілки зовнішньої сонної артерії та внутрішньої яремної вени. Основним варіантом мікросудинних анастомозів був «кінець в кінець».

Ускладнення у вигляді повного некрозу лоскута відзначені у 6 (25%) хворих. Утворення слинних нориць спостерігали у 3 (12,5%) пацієнтів. Відновили харчування природним шляхом протягом 10–14 діб після операції 17 (70,8%) хворих. Після проведеного реконструктивного лікування 75% хворих за опитувальником EORTC-QLQ-H&N35 відзначили покращення якості життя.

Використання для реконструкції вільного товстокишкового лоскута дозволило відновити складну анатомічну будову ротоглотки, що сприяло значному покращанню якості життя після комбінованих та розширених операцій.

111. Суперселективна внутріартеріальна хіміотерапія в комплексному лікуванні місцево-розповсюдженого раку верхньої щелеї

В.С. Процик, Л.І. Петренко, Д.Н. Руденко
Національний інститут раку, Київ

Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух в Украине в 2003 г. составляли 0,65 на 100 тыс. населения, из которых на верхнечелюстную пазуху приходилось

75%. Данные литературы свидетельствуют о повышении заболеваемости и неудовлетворительных результатах лечения больных с этой патологией.

Изучены результаты лечения 90 больных раком верхней челюсти, которым проведена суперселективная внутриартериальная химиотерапия в сочетании с дистанционной гамма-терапией. Мужчин — 54 (60,0%), женщин — 36 (40,0%). Средний возраст составил 51,2 года. Больных с III (T3N0-1M0) стадией заболевания — 23, IV (T4N0-2M0) стадией — 30, с пролонгацией заболевания после, ранее проведенной в других лечебных учреждениях, лучевой терапии — 37 больных. У 74 (82,2%) диагностирован рак верхнечелюстной пазухи и у 16 (17,8%) — рак слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба. Внутриартериальная химиотерапия проводилась путем катетеризации верхнечелюстной артерии транс-темпоральным доступом под рентгенологическим контролем с помощью аппарата «Stenoscor». Проводилась ежедневная инфузия 20 мг цисплатина с помощью инфузора на протяжении 5 дней, одновременно с дистанционной гамма-терапией разовой дозой — 2 Гр (СОД — 60 Гр за 2 курса).

У первичных больных селективная (n=42) и суперселективная (n=11) внутриартериальная химиотерапия в сочетании с лучевой терапией позволила получить регрессию опухоли на >50% у 27 (50,9%) больных, из них полную регрессию — у 1 (1,9%) больного. Оценка эффективности проводилась на основании компьютерной томографии до и через 3–4 нед после лечения. У больных с пролонгацией заболевания после ранее проведенной лучевой терапии регрессия опухоли на >50% получена у 35,1% больных (у 1 пациента с локализацией опухоли в области твердого неба получена полная ее регрессия), у 46,0% — стабилизация и у 18,9% — прогрессия опухолевого процесса. Операбельность при III стадии заболевания составила 43,5%, при IV — 6,7% и у больных с пролонгацией заболевания, после ранее проведенного лечения — 12,9%.

Селективная и суперселективная внутриартериальная химиотерапия показана при лечении больных с местно-распространенным раком верхней челюсти, особенно при неоперабельных стадиях.

112. Відновні пластичні операції місцевими тканинами при хірургічному лікуванні новоутворень шкіри голови та шиї

*В.С. Процик, О.М. Трембач, С.В. Коробко,
О.А. Мосін, Р.Є. Чичула, Д.М. Руденко
Національний інститут раку, Київ*

Хірургічне видалення місцево-поширених злоякісних пухлин голови та шиї призводить до тяжких функціональних та естетичних порушень, що спонукає хірурга до пошуку найбільш оптимального способу відновлення післяопераційного дефекту та порушень, які можуть виникати внаслідок проведення радикального хірургічного втручання. У дослідження включено 218 хворих на місцево-поширені первинні, рецидивні та метастатичні злоякісні пухлини голови та шиї, яким проведено видалення пухлини та відновно-реконструктивні операції.

Місцеві клапті на живильній ніжці використані у 75 хворих на злоякісні пухлини шкіри та м'яких тканин обличчя. У 59 пацієнтів при великих за об'ємом резекціях тканин ротової порожнини, який включав, крім м'яких тканин дна ротової порожнини, резекцію язика, нижньої щелепи, бокової стінки ротоглотки для заміщення дефекту використовували дельто-пекторальний клапоть (n=9), шкірно-м'язові клапті з включенням великого грудного (n=9), кивального (n=5), трапезіоподібного (n=8), підшкірного м'язу (n=12), місцеві клапті (n=5) та комбінацію клаптів (n=11). У 14 хворих на рак дна ротової порожнини з переходом на слизову оболонку альвеолярного відростку виконувалася горизонтальна резекція альвеолярного відростку і тіла зі збереженням безперервності нижнього краю щелепи, що дозволило видалити пухлину на рівні чи нижче діафрагми дна ротової порожнини та зберегти

безперервність нижньої щелепи. В цих випадках, при значному обсягу видалених м'яких тканин, застосовували переважно шийний шкірно-жировий клапоть або клапоть із включенням підшкірного м'яза.

У хворих із великими дефектами шкіри голови проведена пластика клаптями на живильній ніжці (n=21) або шляхом вільної шкірної пластики клаптем, взятим із передньої черевної стінки (n=26). У 16 випадках використана комбінація цих методів пластики. У 7 хворих з обширними дефектами нижньої ділянки обличчя проведена відстрочена пластика філатовським стеблом із реконструкцією нижньої щелепи при необхідності титановою пластиною. У всіх хворих, яким проведено відновно-реконструктивні хірургічні втручання, отримані задовільні естетичні та функціональні результати.

Використання шкірно-жирових та шкірно-м'язових клаптів дозволяє виконати радикальні розширені й комбіновані операції, покращити якість життя хворих на місцево-поширені злоякісні пухлини голови та шиї.

113. Хирургия метастатических опухолей полушарий большого мозга с применением нейронавигационных и лазерных технологий

*В.Д. Розуменко, А.В. Розуменко
ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова
НАМН Украины», Киев*

Цель исследования — повышение эффективности лечения больных с метастатическими опухолями полушарий большого мозга.

В исследование были включены 26 пациентов с метастатическими опухолями полушарий большого мозга. Среди них было 16 мужчин и 10 женщин, средний возраст — 51,6 (37–64) года. Хирургические доступы и методика удаления опухоли планировались с учетом результатов МРТ, фМРТ, МРА, ДТИ, СКТ и ОФЕКТ-исследований. Компьютерная обработка результатов нейровизуализирующих исследований позволяла получить совмещенные мультимодальные изображения. Локализация опухолей: лобная область — 11 наблюдений, лобно-теменная — 4, теменная — 3, височная — 3, височно-теменная — 2, затылочная — 4. Поражение в функционально важных зонах отмечалось у 14 больных. Микрохирургическое удаление опухоли проводилось под контролем системы нейронавигации «StealthStation TREON Plus» («Medtronic», США) и сопровождалось лазерной термодеструкцией с использованием полупроводникового лазерного аппарата «Лика-хирург» (808 нм, 30 Вт). Результаты комплексного лечения оценивались по шкале Карновского.

Тотальное удаление опухоли произведено 23 (57,5%) больным, субтотальное — 3 (42,5%). Средний показатель по шкале Карновского возрос с 67,6 балла в дооперационный период до 85,7 балла — в послеоперационный. Комплекс диагностических исследований МРТ, фМРТ, МРА, ДТИ, СКТ и ОФЕКТ предоставляет полную информацию о локализации, размерах, степени васкуляризации и гистобιологических свойствах опухоли, а также о взаимосвязи опухоли с функционально значимыми структурами, магистральными артериями и венозными коллекторами. Применение нейронавигации позволяет провести адекватное планирование хирургического вмешательства и обеспечивает непрерывный контроль хирургических манипуляций в процессе удаления опухоли. Использование лазерных технологий при удалении опухолевой ткани в участках активного опухолевого роста повышает радикальность хирургической резекции при условии сохранения смежных мозговых структур.

Применение мультимодальной диагностики, нейронавигационных и лазерных технологий при метастатическом опухолевом поражении головного мозга, позволяет повысить радикальность хирургического вмешательства, снижает его травматичность, обеспечивает высокое качество жизни больных.

114. Тактика восстановительного лечения больных с глиальными опухолями головного мозга

В.Д. Розуменко, А.П. Хорошун

ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова
НАМН Украины», Киев

Цель — оптимизация тактики восстановительного лечения (ВЛ) больных с глиомой головного мозга (ГГМ), различной степени злокачественности с обеспечением качества жизни (КЖ).

Под нашим наблюдением находились 710 больных с ГГМ за период с 2003 по 2010 г. Всем больным в нейрохирургическом стационаре в рамках предоперационного исследования проводился комплекс диагностических мероприятий, направленных на уточнение анатомо-функциональной локализации опухолевого новообразования и определение компенсаторных возможностей головного мозга по следующей схеме: клинико-неврологическое обследование, КТ, МРТ, фМРТ и ОФЕКТ-исследования головного мозга. В послеоперационный период в 1-е сутки после оперативного вмешательства проводили КТ-обследование головного мозга с целью верификации объема удаления опухоли, степени перифокального отека мозга, дислокационного синдрома. Программа ВЛ больных с ГГМ включала медикаментозную терапию: нейропротекторные, антиоксидантные (Цераксон, Актовегин, «Нусмед») и антихолинэстеразные (нейромидин) препараты, физиотерапевтические методы (электростимуляция, лазерная терапия), лечебную физкультуру в зависимости от неврологического дефицита, локализации опухоли и отношения к функционально важным зонам (ФВЗ) головного мозга, с учетом степени злокачественности опухоли, клинического результата ВЛ, а также сравнительного анализа КЖ в динамике дооперационного, послеоперационного течения заболевания и после курса ВЛ.

Проведенное ВЛ, с использованием предложенной тактики ВЛ (В.Д. Розуменко, А.П. Хорошун Патент Украины № 58941, 2011), способствовало восстановлению нарушенных функций и обеспечивало повышение КЖ больных.

Разработанная тактика ВЛ больных с ГГМ позволяет оптимизировать лечебные мероприятия раннего послеоперационного периода, индивидуализировать лечение, планировать тактику ВЛ с учетом существующего неврологического дефицита, локализации опухоли, характера поражения ФВЗ мозга, степени злокачественности опухоли, клинического результата ВЛ со сравнительным анализом КЖ в динамике дооперационного, послеоперационного течения заболевания и после курса ВЛ.

115. Підвищення ефективності променевої терапії пацієнтів з місцево-поширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота і ротоглотки за допомогою Інтерферону 2b

А.М. Рябошапка, О.О. Ковальов

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Близько 60% хворих на плоскоклітинний рак слизової оболонки рота і ротоглотки мають при зверненні місцево-поширений процес. Результати стандартного лікування цих пацієнтів незадовільні. Променева терапія (ПТ) є невід'ємною складовою лікування. Існуючі шляхи покращання результатів променевого лікування — прискорене фракціонування дози, гіперфракціонування, модульована інтенсивність, одночасне хіміопроменева лікування — поряд із підвищенням ефективності призводять до зростання проявів токсичності. Існують дані про підвищення ефективності променевого лікування онкологічних пацієнтів при одночасному застосуванні Інтерферону α2b (IFN).

Мета дослідження — оцінка ефективності й безпеки ПТ з одночасним застосуванням IFN у пацієнтів з місцево-поширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота та ротоглотки. 24 хворих на місцево-поширений (Т3-4N1-2M0) плоскоклітинний рак слизової оболонки рота і ротоглотки

після курсу індукційної хіміотерапії отримували ПТ. Пацієнти досліджуваної (1-ї) групи (n=9) під час курсу ПТ отримували ін'єкції IFN в дозі 3 млн од. 3 рази на тиждень. Пацієнти контрольної (2-ї) групи (n=15) під час ПТ не отримували IFN. Ефект від проведеного лікування оцінювався у середньому через 3 тиж після закінчення ПТ.

В 1-й групі стабілізація відзначена у 1 (11,2%) пацієнта, у 4 (44,4%) — часткова відповідь, і у 4 (44,4%) — повна відповідь. Серед пацієнтів 2-ї групи стабілізація зафіксована в 7 (46,7%) випадках, часткова відповідь — у 6 (40,0%), і повної відповіді досягнуто у 2 (13,4%) пацієнтів. Таким чином, сумарний рівень об'єктивних відповідей на лікування становив 88,8% у досліджуваній групі і 53,4% — у контрольній, при рівні повних відповідей 44,4 і 13,4% відповідно. Випадків прогресії захворювання не зафіксовано. Вираженість побічних явищ (мукозит, лейкопенія) у пацієнтів обох груп суттєво не відрізнялася і не перевищувала II ступеня. У 8 із 9 пацієнтів 1-ї групи (ПТ + IFN) відзначалося підвищення температури тіла після перших 2–3 ін'єкцій препарату. Зазначені небажані явища не вплинули на проведення лікування.

IFN — ефективний засіб підвищення результатів ПТ при їх одночасному застосуванні. Вираженість небажаних явищ при такому лікуванні не перевищує II ступеня і не перешкоджає проведенню лікування.

116. Особенности гистоструктуры олигоастроцитом полушарий большого мозга

В.М. Семенова, В.Д. Розуменко, В.М. Ключка

ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова
НАМН Украины», Киев

Олигоастроцитомы (ОА) являются внутримозговыми опухолями, содержащими одновременно участки олигодендроглиомной и астроцитомной структуры. Доля ОА среди всех глиом составляет 2,5–23%. Ежегодно в Украине диагностируются в 0,16–1,47 случаев ОА на 100 000 населения.

Целью работы является повышение эффективности диагностики ОА полушарий большого мозга. Гистологическое исследование проведено в 155 наблюдениях больных, оперированных по поводу ОА. ОА II степени анаплазии были диагностированы у 32 (20,6%) больных, III степени анаплазии — у 123 (79,4%) больных.

Анализ гистоструктуры ОА показал, что относительно четкое разграничение между обоими компонентами ОА проявляется лишь в отдельных наблюдениях и чаще сочетается со смешанным типом распределения опухолевых клеток астроцитарного и олигодендроглиомного генеза. При этом общая гистоструктура ОА определяет как общие черты, присущие обычным олигодендроглиомам и астроцитомам, так и отличительные признаки структуры этих опухолей. Особенностью олигодендроглиального компонента в составе ОА являются значительные колебания клеточной плотности с образованием участков разреженного распределения опухолевых олигодендроглиом. Астроцитомный компонент в большинстве ОА имел структуру фибриллярно-протоплазматического варианта астроцитомы с признаками глиофибриллообразования. В анапластических ОА определялись различные признаки анаплазии: клеточный полиморфизм, появление патологических митозов, гиперплазия эндотелия сосудов, мелкие очаги коагуляционного некроза. Изучен характер взаимоотношений обоих клеточных компонентов гистоструктуры ОА. В ткани 50 ОА (32,3%) преобладал олигодендроглиомный компонент, в 44 ОА (28,4%) — астроцитомный компонент, в 61 ОА (39,4%) определялось относительно равномерное распределение клеток обоих компонентов.

ОА является опухолью смешанного клеточного состава с различным соотношением астроцитомного и олигодендроглиомного компонентов. Неоднородность в структуре ОА и степень их анаплазии необходимо учитывать при определении оптимального подхода к лечению больных с ОА.

117. Сравнительная характеристика методов лечения больных раком гортани III стадии, впервые выявленных в 2006–2008 гг.

В.В. Стрежак

ГУ «Институт отоларингологии им. О.С. Колумийченко НАМН Украины», Киев

Проведенный анализ 3-летней клинической выживаемости 362 больных раком гортани III стадии, впервые выявленных в 2006–2008 гг., получавших различные методы лечения на базе отдела онкопатологии ЛОР-органов.

Основными были 4 метода специального лечения, а именно — лучевая терапия (ЛТ), неоадьювантная полихимиотерапия с последующей лучевой терапией (ПХТ + ЛТ), хирургическое лечение (ХЛ), как монометод и хирургическое лечение с послеоперационным облучением (ХЛ + ЛТ).

3-летняя выживаемость установлена в группе больных ЛТ — 45%, ПХТ + ЛТ — 36%, ХЛ + ЛТ — 55%, ХЛ — 64%.

Медиана выживаемости составила в группе больных ЛТ 35 мес, ПХТ + ЛТ — 31 мес, ХЛ + ЛТ — 51 мес, для группы больных, получавших только ХЛ, не установлена, поскольку на момент наблюдения (36 мес) умерли 36% больных.

3-летняя выживаемость у больных, лечившихся с использованием хирургических методов (ХЛ + ЛТ — 55%, ХЛ — 64%) значительно преобладает, чем у больных с использованием консервативных методов (ЛТ — 45%, ПХТ + ЛТ — 36%).

Данные выводы подтверждает медиана выживаемости, которая при консервативных методах не превышает 35 мес, в то время как при сочетании ХЛ с послеоперационным облучением превысило 51 мес, а при ХЛ — даже не установлена.

118. Показатели популяционной выживаемости больных раком гортани, впервые выявленных в 2006 г. в Украине, по данным Национального канцер-реестра

В.В. Стрежак, Э.В. Лукач, А.В. Гайсенко, И.Б. Щепотин

*ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Колумийченко НАМН Украины», Киев
Национальный институт рака, Киев*

Основным критерием оценки эффективности онкологической помощи больным раком гортани в ведущих странах мира является выживаемость, в основе которого лежит определение вероятности прожить определенный период времени, при условии исключения из расчета больных, умерших от других причин, или выбывших с учета. В Украине основным показателем оценки качества онкологической помощи является летальность до года, расчет которой заключается в определении удельного веса больных, умерших от рака в течение 1 года среди выявленных в предыдущий год. Различные методологические подходы определения данных показателей делают невозможным сравнение данных в Украине с мировым опытом. Цель исследования — оценить показатели популяционной выживаемости больных раком гортани, впервые выявленных в Украине в 2006 г., в зависимости от стадии болезни согласно международному стандарту.

По данным Национального канцер-регистра изучен витальный статус 2671 больного раком гортани в течении 3 лет в зависимости от стадии. Статистическая обработка материалов исследования проводилась моментным методом Каплана — Мейера. Стандартная погрешность рассчитывалась по формуле Гринвуда. Доверительный интервал выживаемости определялся в пределах 95%. Результаты исследования были статистически значимы ($p=0,05$). Сравнение кривых выживаемости проводили с помощью логрангового критерия. Выявлены в I стадии — 8,5%, во II — 30,9%, в III — 47,9%, в IV стадии — 12,7%. Выживаемость в 1-м году в I стадии — 94%, во II — 85%, в III — 64%, в IV — 43%, выживаемость до 2 лет в I стадии — 89%, во II — 69%, в III — 43%, в IV — 21%, выживаемость до 3 лет в I стадии — 81%, во II — 62%, в III — 35%, в IV — 16%. Медиана выживаемости определена для II стадии — 54 мес, для III стадии — 19 мес, для IV — 10 мес.

Выявление на ранних (I–II) стадиях — 39,4%, значительно уступает выявлению в поздних (III–IV) стадиях — 60,6%. Выживаемость до 3 лет, которая составила соответственно в I стадии — 81%, во II — 62%, в III — 35%, в IV — 16%, значительно преобладает в ранних стадиях. Медиана выживаемости (во II стадии — 54 мес, в III — 19 мес, в IV — 10 мес) подтверждает низкую эффективность лечения больных в запущенных стадиях.

119. Порівняльний аналіз результатів застосування традиційної та радикальної тактики хірургічного лікування диференційованого раку щитоподібної залози

О.В. Тріб, Ю.М. Стернюк, Т.І. Новицька

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Стандартом радикального хірургічного лікування диференційованого раку щитоподібної залози (РЩЗ) вважається екстрафасціальна тиреоїдектомія та, у разі виявлення регіонарних метастазів, — фасціальна-футлярна дисекція, орієнтована на лімфатичні колектори (I–VI). Відмінності лімфогенного метастазування РЩЗ дозволяють критично оцінити наявні підходи та розробити оптимальніші концепції радикального хірургічного лікування диференційованого РЩЗ.

Мета роботи — покращити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування хворих на диференційований РЩЗ шляхом створення оптимальної тактики хірургічного лікування. Стан пацієнтів оцінювали за результатами клінічних обстежень. Характер процесу у РЩЗ та лімфатичних вузлах визначали за допомогою цитологічного та гістологічного матеріалів.

Радикальна тактика хірургічного лікування РЩЗ застосована у 159 хворих на диференційовані форми РЩЗ, які отримали радикальне лікування у період 2000–2005 рр. Ефективність застосованої хірургічної тактики оцінювали за кількістю рецидивів та за ступенем прояву післяопераційних ускладнень. Проведено порівняльний аналіз результатів застосування радикальної тактики хірургічного лікування і традиційних методів лікування.

Застосування радикальної тактики хірургічного лікування РЩЗ сприяло покращанню 5-річної безрецидивної виживаності в порівнюваних групах хворих на диференційовані форми РЩЗ на 11,38% ($p=0,004$). Нова тактика хірургічного втручання сприяла зниженню частоти гіпарпаратирозу в порівнюваних групах від 13,9 до 7,8% ($p<0,05$), індексу кількості симптомів від 19,1 до 13,5 ($p<0,05$) і навантаження пацієнтів симптомами від 42,1 до 27,5 ($p<0,05$), а також частоти стійких парезів голосових зв'язок від 6,2 до 3,28%.

120. Епідеміологічні, клінічні й молекулярно-біологічні дослідження радіоіндукованого раку щитовидної залози в Україні

М.Д. Тронько, Т.І. Богданова, В.А. Олійник, Г.М. Терехова,

Г.А. Заматасва, Л.В. Чайковська, І.П. Пастер, В.М. Шпак,

В.В. Марков, В.П. Терещенко

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», Київ

Через 25 років, які минули після Чорнобильської катастрофи, провідні світові вчені в галузі радіаційної біології та радіаційної медицини неодноразово стверджують, що її негативний вплив на здоров'я людини найбільшою мірою проявився у значному зростанні захворюваності на рак щитовидної залози у осіб групи підвищеного ризику — дітей та підлітків (0–18 років) на час аварії.

Аналіз даних створеного в ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» клініко-морфологічного реєстру випадків раку щитовидної залози у хворих 1968–1986 рр. та всіх наступних років народження показав, що в Україні, починаючи з 1990 р., встановлено щорічне збільшення кількості випадків раку щитовидної залози у дітей та підлітків на час аварії. Протягом 1986–2009 рр. в Україні з приводу цього захворювання прооперовано 6049 таких хворих, із них — 4480 дітей (0–14 років) та 1569 підлітків (15–18 років).

Морфологічний аналіз виконано на 2363 випадках карцином шитовидної залози. Порівняно морфологічні характеристики пухлин у дітей віком до 15 років, підлітків 15–18 років і дорослих старше 19 років (вік на час операції) протягом часу, що минув після аварії на ЧАЕС. Встановлено, що в усіх вікових групах і в усі періоди спостереження >90% випадків становила папілярна карцинома. Співвідношення основних підтипів (варіантів) папілярної карциноми у дітей, підлітків та дорослих суттєво змінювалось зі збільшенням періоду, що минув після аварії, тобто зі зростанням латентного періоду розвитку пухлин. Спостерігалось зниження частки солідного варіанта і підвищення типового папілярного та змішаного варіантів. При цьому структурні комбінації змішаного варіанта також зазнали змін протягом часу: суттєво зменшилася частка пухлин солідно-фолікулярної будови та збільшилася частка пухлин папілярно-фолікулярної будови. Таким чином, отримані дані свідчать про відсутність єдиного структурного портрету радіаційного «післячорнобильського» раку.

Аналіз інвазійних властивостей папілярних карцином виявив дві закономірності: вікову і часову. Так, ознаки екстратиреоїдного розповсюдження пухлини до оточуючих м'яких тканин частіше спостерігалися у дітей, ніж у підлітків і особливо у дорослих. При поєднанні всіх вікових груп простежувалося виражене зменшення частки пухлин з ознаками екстратиреоїдної інвазії зі збільшенням часу, що минув після аварії. Регіонарні метастази також найчастіше реєструвалися у дітей віком до 15 років, і їхня частка також зменшувалася зі збільшенням латентного періоду. Аналогічна закономірність простежувалась і при аналізі випадків із наявністю віддалених метастазів до легень. Молекулярно-біологічні дослідження, проведені з провідними науковими центрами Великобританії, Японії та Італії, визначили порушення у основних генах, пов'язаних із тиреоїдним канцерогенезом, а саме транслокації у гені *RET* із виникненням онкогенів *RET/PTC1* і *RET/PTC3*, а також мутації у гені *BRAF*.

121. Трахеостомія у структурі онкології голови і шиї

Т.Р. Цюлко, О.О. Галай, М.Р. Шмідт

Львівський державний онкологічний регіональний
лікувально-діагностичний центр

Розподіляють превентивні трахеостомії (ПТ) та ургентні. В Україні задавненість при раку слизової оболонки порож-

нини рота становить 48%, глотки — 71,9%, гортані — 61,7%. Це, в свою чергу, вимагає проведення розширених операцій з резекцією кількох анатомічних структур. Травматичність цих операцій супроводжується післяопераційним набряком глотки, гортані, що часто вимагає накладання ПТ.

Проведена нами робота має на меті деталізувати покази до накладання ПТ, запропонувати альтернативні методи ведення пацієнтів із підвищеним ризиком розвитку стенозу трахеї в ранній післяопераційний період. Проведено аналіз хворих, оперованих із пухлинами нижньої щелепи, дна рота, язика, глотки і гортані, яким проводилися радикальні операції з 2005 р. по 2010 р. Резекція дна рота з резекцією нижньої щелепи і/або язика проведена 147 хворим: без трахеостомії — 117, з нею — 30; резекції глотки 44: без трахеостомії — 37 і 7 — з нею; резекції гортані та хордектомії — 19: без трахеостомії — 9, з нею — 10; ургентні трахеостоми — 72.

У результаті дослідження виявлено, що у більшості пацієнтів із розповсюдженням раком ротової порожнини, глотки проведення радикальних операцій можливе без ПТ. У хворих із високим ризиком післяопераційного набряку зі стенозуванням рекомендуємо залишати ендотрахеальну трубку на добу. Аналіз роботи показав, що якщо в 2006 р. нами проводилась ПТ у 50% операцій із резекцією нижньої щелепи і у 50% — при резекції глотки, то в 2010 — у 4 та 27% відповідно. У 2005 р. всі операції з резекції гортані проводилися з трахеостомією, в 2010 р. — 33%, а за 4 міс 2011 р. проведено 4 операції і лише в 1 випадку накладено пізню трахеостому на 2-й післяопераційний день. Післяопераційний перебіг у хворих без ПТ проходить із меншими ускладненнями, відзначається швидша реабілітація та відновлення основних функцій — таких як ковтання, мовлення; зменшується тривалість післяопераційного перебування в стаціонарі. З метою уникнення накладання ПТ інтубацію трахеї у хворих, яким плануються повторні операції з причини рецидиву пухлини, необхідно проводити лише під контролем фібробронхоскопії.

Отже, можна стверджувати, що ПТ може виконуватися не лише у хворих із вираженою супутньою патологією дихальної системи, але і при виникненні ознак стенозу в післяопераційний період. У цьому разі рекомендуємо накладати «пізню» (відтерміновану) трахеостомію.