

бенком позволили пролонгировать беременность до времени жизнеспособности плода с последующим родоразрешением. Пациентка наблюдалась онкологами и акушерами-гинекологами перинатального центра. Течение беременности: без особенностей, анемия умеренной степени выраженности. Беременность удалось сохранить до 32 нед. По показаниям проведено кесарево сечение, родился живой мальчик массой тела 1,8 кг, длиной 42 см, по шкале Апгар 7–8 баллов. Кровотечение в родах 250 мл. Течение послеродового периода гладкое. Диагноз новорожденного при выписке: здоров. Больная переведена в отделение на 6-й день после операции. Ей проведена вся запланированная программа лечения, которая включала 6 курсов химиотерапии по схеме «ABVD», лучевая терапия на лимфатические узлы выше диафрагмы, СОД=36 Гр. Получена клиническая ремиссия. Пациентка наблюдается, согласно стандартам обследования и наблюдения. Полная клиническая ремиссия сохраняется 6 мес. Ребенок здоров, не отстает в развитии от своих сверстников. Данный клинический случай показывает один из вариантов ведения пациенток с лимфомой Ходжкина и беременностью.

Старцева Ж.А., Чойнзенов Е.Ц.

ЛОКАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

ФГБНУ «Томский научно-исследовательский институт онкологии», г. Томск, Россия

Общепринято считать, что гипертермия является мощным химио- и радиомодификатором. При этом применение гипертермии в практике современной онкологии совершенно незначительно. Классическая концепция гипертермии проста и основана, с одной стороны, на известной способности повышенной температуры усиливать клеточный метаболизм, а с другой – на особенностях опухолевого кровотока. Если в здоровых тканях кровотоков при увеличении температуры до 44–45°C непрерывно и значительно возрастает (до 10 раз), то в опухолевых тканях кровотоков возрастает незначительно (в 1,5–2 раза) или не возрастает вообще, а по достижении температуры 42–43°C резко падает. Причиной феномена является бедность капиллярной сети и несовершенство структуры стенок новообразованных сосудов, что приводит к ранней фенестрации и экстравазации жидкости с развитием локального сладж-синдрома. Падение кровотока на фоне максимального метаболизма опухолевой ткани приводит к развитию гипоксии, ацидоза и в конечном итоге к гибели опухолевой клетки.

Цель исследования – провести клиническую апробацию локальной гипертермии на установке Celsius TCS в сочетании с лучевой терапией в комбинированном лечении больных злокачественными новообразованиями различных локализаций.

Материал и методы. В Томском НИИ онкологии с 2013 г. начато исследование по использованию локальной гипертермии в сочетании с лучевой терапией у больных злокачественными новообразованиями

гортани/гортаноглотки, головного мозга, легкого, мягких тканей, шейки матки. За два года (2013–2014) пролечено более 160 пациентов, выполнено 670 укладок. Локальная гипертермия на опухоль назначалась со 2–3-го дня с момента начала лучевой терапии. Продолжительность сеанса 60 мин при температуре 42–45°C, кратность – 2–3 раза в неделю, количество сеансов – 8 сеансов при использовании гипертермии с лучевой терапией (СОД 40–44 Гр) в предоперационном режиме и 10–12 сеансов при радикальном курсе облучения (СОД 60–70 Гр). Эффект лечения оценивался через 3–4 нед методами УЗИ диагностики, компьютерной томографии и МР-томографии. Наибольшее количество пролеченных с использованием локальной гипертермии – больные раком гортани/гортаноглотки ($n=46$) и с саркомами мягких тканей ($n=32$).

Результаты. Получены предварительные результаты сочетанного с локальной гипертермией лучевого и комбинированного лечения 40 больных раком гортани и 6 – гортаноглотки T13N02M0, из которых у 26 больных проведен предоперационный курс лучевой терапии и 20 – дистанционной лучевой терапии по радикальной программе. Оценка эффекта лучевой терапии проводилась на СОД 40 и 60 Гр. Отмечено, что при проведении сеансов локальной гипертермии (8–10) не возникало каких-либо выраженных общих реакций и локальных со стороны кожи, изменивших сроки проведения лечения. Наличие превентивной трахеостомы также не препятствовало лечению. Больным раком гортани и гортаноглотки с эффектом регрессии опухоли менее 50% или стабилизацией опухолевого процесса выполнено оперативное лечение. Объем операций зависел от локализации первичного очага и его распространенности: 10 больным выполнены фронтолатеральные резекции гортани, 8 больным – комбинированные ларингэктомии с лимфодиссекцией, 6 больным – ларингэктомии; 2 больным – резекция глотки с пластикой дефекта лучевым лоскутом. По результатам гистологического исследования операционного материала у всех пациентов, получивших комбинированное лечение, отмечался лечебный патоморфоз III–IV степени. Больным раком гортани и гортаноглотки с регрессией опухолевого процесса более 50% проведена лучевая терапия по радикальной программе в сочетании с локальной гипертермией.

Другая большая группа пациентов, получивших предоперационный курс лучевой терапии на фоне локальной гипертермии, – это больные саркомами мягких тканей ($n=32$). Применение локальной гипертермии на опухоль не приводило к серьезным осложнениям, и курс дистанционной гамма-терапии переносился больными хорошо, выраженных лучевых реакций отмечено не было. На фоне лечения наблюдался отек мягких тканей у 6 (19%) пациентов, не требующий коррекции и только у 1 (3%) больной отмечались явления лучевого эпидермита III степени выраженности по RTOG/EORTC, что привело к увеличению интервала до операции. Проведение гамма-терапии в целом не оказывало влияния на хирургический этап лечения и не ухудшало послеоперационный период. Гнойно-некротические осложнения наблюдались у 3 (9%) больных. При оценке непосредственной эффективности ни в одном случае не было зарегистрировано прогресси-

рование заболевания. Частичная регрессия опухоли наблюдалась у 19 (59%) пациентов. В остальных случаях отмечалась стабилизация опухолевого роста. Данные сопоставлены с терапевтическим патоморфозом опухоли. Терапевтический патоморфоз опухоли III степени отмечен у 22 (69%) пациентов, II степени – у 6 (19%) больных и I степени – у 4 (12%) больных.

Кроме указанных выше локализаций ЗНО локальная гипертермия в сочетании с лучевой терапией использовалась при радикальных операциях по поводу глиобластом головного мозга, в радикальном курсе лечения пациенток с местно-распространенным раком шейки матки, а также при опухолях легкого. Во всех случаях был достигнут положительный эффект в виде регрессии опухолевого процесса или стабилизации. Проводится детальный анализ результатов.

Заключение. Анализ использования локальной гипертермии в нашей клинике демонстрирует удовлетворительные результаты и позволяет говорить о перспективности данного метода лечения. Учитывая возможности современных гипертермических установок со способностью глубокого локального прогревания тканей, есть основания полагать, что локальная гипертермия позволит повысить чувствительность злокачественных новообразований к лучевой терапии, тем самым снизить количество рецидивов заболевания, улучшить онкологические и социальные результаты лечения данной категории больных.

Стернюк Ю.М., Стернюк А.М., Прыхнюк И.О.

ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Львовский национальный медицинский университет, г. Львов, Украина

Основанием для оптимизации хирургического лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) послужил новый взгляд на особенности лимфогенного ее метастазирования. На этой базе разработана оптимальная тактика хирургического лечения.

Особенности лимфогенного метастазирования исследованы у 182 больных дифференцированными формами РЩЖ и у 83 – медуллярного (МРЩЖ). Установлено, что лимфогенные метастазы РЩЖ распространяются по бассейнам, где центральный шейный бассейн следует рассматривать в качестве бассейна первого порядка метастазирования (51–53% лимфогенных метастазов), ипсилатеральный шейно-латеральный – в качестве бассейна второго порядка (33–44%), контралатеральный шейно-латеральный – бассейна третьего порядка (13–18%) и средостенный – бассейна четвертого порядка (2–18%).

Установлено, что между распространенным поражением шейно-латерального бассейна и метастазами в центрально-югулярной группе лимфатических узлов существует статистически су-

щественная направленная связь ($\lambda=0,933$, $p<0,001$). А именно: отсутствие метастатического поражения в центрально-югулярной группе лимфатических узлов в случаях дифференцированной формы рака на 93,8% и МРЩЖ на 100% совпадает с отсутствием метастазов в латеральных бассейнах. Последнее позволяет субоперационную биопсию центрально-югулярной группы лимфатических узлов (диагностическую лимфаденэктомию) использовать для коррекции показаний к лимфаденэктомии в латеральном бассейне.

Новый взгляд на особенности лимфогенного метастазирования РЩЖ был положен в основу создания радикальной тактики хирургического лечения, которая предполагает моноблочную тиреоидэктомию с диссекцией центрального шейного бассейна и лимфаденэктомии латеральных бассейнов на основании информации о наличии метастазов.

Разработанная радикальная тактика хирургического лечения РЩЖ применена у 159 больных дифференцированными формами РЩЖ и у 83 – МРЩЖ, что способствовало улучшению 5-летней безрецидивной выживаемости в сравниваемых группах больных дифференцированным раком на 11,38% ($p=0,004$). Применение радикальной хирургической тактики лечения МРЩЖ во время первой операции приводит к улучшению 5-летней общей выживаемости на 29,41% ($p=0,024$) и 5-летней безрецидивной выживаемости на 45,66% ($p=0,0001$) по сравнению с операциями, где радикальная тактика применялась во время повторных операций.

Усовершенствование методики тиреоидэктомии и диссекции лимфатических узлов за счет анатомически точного ориентированного препарирования с визуализацией паращитовидных желез и поворотного горланного нерва, комплекса современных операционных технологий и профилактических мероприятий (автотрансплантация ткани паращитовидной железы, современные методы гемостаза, индивидуализация показаний к применению дренажа), что способствовало уменьшению частоты гипопаратиреоза в сравниваемых группах от 13,9 до 7,8% ($p<0,05$), индекса количества симптомов от 19,1 до 13,5 ($p<0,05$) и нагрузки пациентов симптомами от 42,1 до 27,5 ($p<0,05$), а также частоты стойких парезов голосовых связок от 6,2 до 3,28%.

Суворов В.В.¹, Игитов В.И.², Лазарев А.Ф.²

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

¹ФГБОУ ВО «Алтайский государственный педагогический университет»; ²Алтайский филиал ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина», г. Барнаул, Россия

Одним из факторов, существенно влияющих на уровень смертности от различных заболеваний, в том числе от злокачественных новообразований, является табакокурение.

Целью настоящей работы явилось изучение на основе анкетирования взаимосвязи между табако-