

При оценке выживаемости было установлено, что средняя продолжительность жизни при плоскоклеточном раке 20,4 мес, тогда как при других морфологических типах – от 12 до 16 мес. Наиболее благоприятным был прогноз в группе больных с изолированными метастазами плоскоклеточного рака с одной стороны шеи.

У 9 больных, которым на первом этапе было проведено ХЛ лечение, а затем выполнена операция на лимфатической системе шеи, мы выявили патоморфоз в лимфатических узлах. Патоморфоз 4 ст. был выявлен у 1 больного, 3 ст. – у 2 больных, у остальных – патоморфоз 1–2 ст.

Выводы

Результаты выживаемости и степень патоморфоза в удаленных лимфатических узлах свидетель-

ствуют о том, что всем пациентам целесообразно проводить шейную лимфодиссекцию (до или после проведения ХТ, ЛТ). Если первичный очаг остается невыявленным, целесообразно проведение ЛТ по радикальной программе на область от основания черепа до ключиц. ЛТ необходима для воздействия на возможные скрытые опухолевые очаги в области головы и шеи. Отдаленные результаты выживаемости при плоскоклеточном раке (и монолатеральном поражении узлов) значительно лучше, чем при аденокарциноме и низкодифференцированных раках. Учитывая, что в 40 % случаев очаг локализуется в небной миндалине или корне языка, целесообразно выполнять тонзиллэктомию на стороне поражения и биопсию корня языка при поиске первичного очага.

МЕТАСТАЗЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

И.Г. Комаров, С.О. Подвязников

ФБГУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

Метастазы злокачественной опухоли без выявленного первичного очага – заболевание, проявляющееся метастатическими опухолями, в то время как первичный очаг невозможно установить ни на основании анамнеза, ни при обследовании. По данным различных авторов, такие пациенты составляют от 3 до 5 % онкологических больных, обратившихся за медицинской помощью. По распространенности опухоль без выявленного первичного очага занимает 7–8-е место среди всех злокачественных новообразований и 4-е место в структуре смертности от злокачественных опухолей.

Больные с метастазами без выявленного первичного очага представляют чрезвычайно «пеструю» группу как по локализации и распространенности опухолевого процесса, так и по морфологическому строению метастазов. И хотя метастазы без установленной первичной опухоли отличаются по происхождению, биологическое поведение их приблизительно одинаково. Это наиболее агрессивный тип злокачественных опухолей, метастазирование которых непредсказуемо по локализации и возникает на самых ранних этапах развития.

Клинические проявления заболевания неспецифичны и зависят от локализации очагов метастатического поражения и распространенности опухолевого процесса. Алгоритм диагностического поиска у больных с метастатическим поражением без выявленного первичного очага включает оценку общего состояния, оценку распространенности опухолевого поражения, получение материала для морфологического исследования и поиск первичного очага.

Морфологическое исследование является наиболее значимым и должно выполняться как можно раньше. Полученные данные позволяют подтвердить злокачественность процесса, определить гистогенез опухоли, степень дифференцировки клеток, а иногда и предположительную локализацию первичной опухоли, что значительно облегчает поиск первичного очага и сокращает количество диагностических манипуляций.

Иммуногистохимический метод повышает точность патологоанатомического исследования за счет более корректного определения или уточнения гистогенеза, направления клеточной дифференцировки и органной принадлежности первичной

опухоли. Иммуногистохимическое исследование является обязательным в случаях низкодифференцированного рака и недифференцированных опухолей для диагностики химиочувствительных потенциально курабельных новообразований (лимфомы, герминогенные опухоли).

Поиск первичной опухоли осуществляется в соответствии с гистологической структурой метастазов и распространенностью поражения. Эти два фактора существенно влияют на индивидуальную программу обследования конкретного пациента. Учитывая тот факт, что все больные в группе с синхронным поражением органов и/или систем расцениваются как пациенты с диссеминированным процессом, можно сказать, что выявление первичного очага, за редким исключением, не позволяет надеяться на существенное улучшение результатов специального лечения. Поэтому диагностические мероприятия, направленные на выявление первичного очага в этой группе, не должны

превращаться в самоцель. Поскольку первичный очаг остается неизвестным, любое проведенное лечение называть «радикальным» можно только условно. Поэтому выбор лечебной тактики у данной категории больных представляет собой проблему, разрешаемую в каждом конкретном случае в индивидуальном порядке.

Лечебная тактика определяется с учетом общего состояния больного, локализации метастазов, распространенности опухолевого процесса, морфологического строения метастатической опухоли, предполагаемой локализации первичного очага. Доказано, что средняя продолжительность жизни пациентов, получавших специальное лечение, достоверно выше, чем у лиц, лечение которых ограничилось симптоматической терапией. Лучшие результаты пятилетней выживаемости отмечены у больных с изолированными метастазами в паховых, подмышечных, шейных лимфатических узлах, получавших специальное лечение.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ ИЗ НЕВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А.У. Минкин, М.Ю. Верещагин

*ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск
ГБУ АО АКОД «Архангельский областной клинический онкологический диспансер»*

Метастазы (МТС) злокачественной опухоли (ЗО) из невыявленного первичного очага (НПО) – понятие, включающее в себя случаи онкологического заболевания, проявляющегося МТС опухолями, в то время как первичный очаг невозможно установить ни на основании анамнеза, ни при обследовании. МТС в лимфоузлы шеи являются наиболее частой локализацией среди всех МТС поражений периферических лимфоузлов и составляют от 0,25 до 8 %. Среди всех опухолей головы и шеи данная патология занимает 1–2 %. Несмотря на наличие значительного спектра диагностического оборудования, в большинстве случаев при жизни пациента первичная опухоль не верифицируется. Частота выявления первичного очага колеблется от 9,7 до 20 %. Примерно у 15–25 % пациентов первичный очаг не может быть идентифицирован даже при вскрытии. Наиболее трудными для выяв-

ления первичной опухоли считаются локализации ее в области небной миндалины и корня языка. По гистологическому строению 65–70 % пациентов имели МТС плоскоклеточного рака, реже – аденокарциномы. Наиболее часто источниками МТС плоскоклеточного рака в лимфатические узлы шеи являются невыявленные опухоли легких (34,6 %) и глотки (46 %). Средняя совокупная пятилетняя выживаемость у пациентов с МТС в лимфоузлы шеи плоскоклеточного рака из НПО составляет 50–55 %, при «неплоскоклеточном раке» с такой же локализацией продолжительность жизни колеблется от 10 до 25 мес.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни и амбулаторных карт пациентов с МТС из НПО, проходивших обследование и лечение на базе ГБУ АО АКОД в период с 2002 по 2012 г.