

Результаты

Общее количество пациентов, наблюдавшихся по поводу МТС- поражения из НПО, – 907. Чаще болеют мужчины – 53,0 % (женщины – 47,0 %). Преобладает городское население – 58,7 % (сельское население – 41,3 %). Пациенты были разделены на следующие возрастные группы: 20–29 лет – 2,2 %; 30–39 лет – 3,8 %; 40–49 лет – 16,7 %; 50–59 лет – 22,7 %; 60–69 лет – 29,5 %; 70–79 лет – 21,5 %; 80–89 лет – 2,6 %. Заболеваемость варьировала от 4,4 до 8,2 на 100 тыс. населения. По локализации МТС распределились: печень – 32,6 %; легкие/плевра – 11,9 %; кости – 10,8 %; лимфоузлы – 9,4 %; головной мозг – 4,9 %; брюшина – 4,8 %; яичники – 0,55 %; кожа – 0,12 %; множественные – 15,6 %; другие органы – 8,43 %. Выживаемость составила: до 1 года – 59,8 %; 1 год – 17,2 %; 2 года – 3,6 %; 3 года – 0,44 %; 4 года – 0,66 %; 5 лет – 0,22 %; 6 лет – 0,33 %; 7 лет – 0,33 %; 8 лет – 0,11 %; живы – 17,4 %.

Нами был проведен анализ группы пациентов с диагнозом МТС из НПО в лимфатические узлы шеи. Пациенты с этой патологией составили 27,9 % в группе «МТС из НПО в лимфатические узлы» и 2,09 % от всех пациентов с МТС из НПО. Такое малое количество пациентов указывает на тщательное обследование с целью выявления первичного очага. Пациенты с НПО, по-видимому, имели микрокарциномы с инфильтративным ростом. В данной группе преобладали мужчины – 78,9 % (женщины – 21,1 %), проживающие в селе – 52,6 % (городские жители – 47,4 %). Выживаемость составила: менее 6 мес – 10,5 %; от 6 до 12 мес – 31,6 %; от 1 года до 3 лет – 31,6 %; от 3 до 5 лет – 5,3 % и более 5 лет – 21,0 %. В группе умерших пациентов 44,4 % имели МТС плоскоклеточного рака. По морфологическому типу преобладал плоскоклеточный рак – 31,57 %; в 15,78 % диагноз был верифицирован как рак без указания точной дифференцировки; МТС железистого и мелкоклеточного рака составили по 5,26 %. В 36,84 % случаев морфологический тип злокачественной опухоли не был установлен.

ОПУХОЛИ СКРЫТОЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ШЕИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

А.Е. Михнин, Р.И. Вагнер

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Исследования последних лет показывают, что большинство опухолей скрытой первичной локализации (ОСПЛ) с изолированными метастазами в лимфатических узлах шеи являются вирусиндуцированными микрокарциномами рото- и носоглотки, имеющими существенные особенности патогенеза, клинического течения и прогноза. Орофарингеальный рак тесно ассоциирован с инфекцией, вызванной онкогенными штаммами вируса папилломы человека (HPV), значительная часть случаев назофарингеального рака обусловлена вирусом Эпштейна – Барр (EBV). Пациенты с HPV-ассоциированным раком головы и шеи характеризуются молодым возрастом, более высоким социальным статусом, частой сменой половых партнеров, меньшей экспозицией к канцерогенам табачного дыма, лучшей выживаемостью. Выяв-

ление HPV и EBV в метастатических узлах может указывать на вероятную локализацию скрытой первичной опухоли и сузить зону планируемой лучевой абляции.

К числу современных технологий обнаружения небольших первичных опухолей, не определяемых при обычном эндоскопическом исследовании, следует отнести узкодиапазонную эндоскопию с использованием специальных источников света (например, видеоэндоскоп Q240Z с RGB-осветителем CLV-Q260SL, Olympus Medical Systems, Tokyo, Japan).

Высокая информативность МРТ как метода визуализации первичных опухолей головы и шеи, разрешающая способность которого возрастает по мере совершенствования аппаратуры, в настоящее время не подвергается сомнению. В развитых

странах МРТ включена в стандарты обследования больных с ОСПЛ.

Эффективным методом метаболической визуализации скрытых первичных опухолей является ПЭТ-КТ с 18F-дезоксиглюкозой (18F-FDG). В настоящее время разрешающая способность позитронно-эмиссионных томографов достигает 4 мм, и данный метод исследования постепенно входит в диагностические стандарты многих стран. По мнению ряда исследователей, выполнение ПЭТ-КТ у больных с ОСПЛ, прошедших панэндоскопию и МРТ, позволяет дополнительно выявить до 5–7 % первичных опухолей.

Сейчас обсуждается вопрос о целесообразности выполнения тонзиллэктомии в качестве диагностической, а при выявлении опухоли – и в качестве лечебной процедуры.

Стандарты лечения ОСПЛ с метастазами в шейных лимфатических узлах до настоящего времени не разработаны. Объем ЛТ и шейных лимфатических диссекций при ОСПЛ принципиально остается тем же, что и при опухолях установленной локализации. Большой практический интерес представляет возможность перехода от тотального облучения слизистых рото- и носоглотки к зональному, что позволит существенно улучшить качество жизни пациентов.

МЕТАСТАЗЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ ИЗ НЕВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

В.И. Письменный, И.В. Письменный

*Самарский областной клинический онкологический диспансер,
Самарский государственный медицинский университет, г. Самара*

Рак из невыявленного первичного очага представляет собой нерешенную и сложную проблему клинической онкологии. Какой метод ставить во главу угла при поиске первичной опухоли, когда нужно приостановить методы диагностики или определить цикличность использования диагностических действий и приступить к специальному лечению опухоли, поражающей лимфатические узлы шеи? Как сформулировать рабочий и основной диагнозы, какой диагноз будет основным? Вот только часть нерешенных вопросов при этой патологии.

За период 2008–2012 гг. в отделении опухолей головы и шеи находилось на лечении 87 больных с невыявленным первичным опухолевым процессом и поражением лимфатических узлов шеи. Возраст пациентов – от 43 до 65 лет, 74 мужчины и 13 женщин. Результаты цитологического исследования метастатически измененных лимфатических узлов шеи: гиперплазия лимфоидных элементов – 13, плоскоклеточный рак – 29, меланома – 7, фолликулярный эпителий – 9, метастаз аденокарциномы – 8, лимфоидные элементы – 7, нейроэндокринная опухоль – 9, бесструктурное вещество,

эпителиальные клетки с признаками дистрофии – 5. Больным был проведен следующий комплекс обследования: рентгенография грудной клетки и костей лицевого скелета, КТ, МРТ, сканирование костей скелета, ультразвуковое исследование органов шеи, брюшной полости, таза, ФБС, ФЛС, ФТС, ФЭС, ФГС, ПЭТ.

Поиск первичного очага у пациентов с метастатическим поражением лимфатических узлов шеи после общеклинического и локального обследования прекращали. Выбирали оптимальную тактику для специального лечения больного с диагнозом метастатическое поражение лимфатических узлов шеи из невыявленного первичного очага. Биопсия была выполнена больным, у которых полное удаление метастатического узла на шее было технически невозможно из-за объема поражения, но была необходимость детальной морфологической диагностики. Радикальная шейная диссекция выполнялась при одностороннем поражении лимфатических узлов шеи с подтвержденным цитологическим или морфологическим анализом. Хирургическое лечение в объеме радикальной операции на лимфатическом коллекторе шеи вы-