полнили 51 больному, эксцизионную биопсию лимфоузла шеи – 17, инцизионную биопсию опухоли шеи – 19 пациентам. На первичном этапе лечения лекарственная терапия (2 и более курсов) проведена на 59 больным. Лучевое лечение назначено после морфологического подтверждения диагноза – 16 пациентам, 12 больным специальное лечение не проводилось по состоянию регионального опухолевого процесса (распад метастатического конгломерата, воспаление).

Первичный опухолевый процесс был выявлен у 21 больного в течение 3 мес, у 6 – в течение 6 мес, у 7 пациентов – в течение 12 мес. Наиболее перспективной оказалась группа больных с плоскоклеточным раком при невыявленной первичной опухоли, при условии, если на первичном этапе была возможность провести радикальное лечение на лимфатическом коллекторе шеи, а общее со-

стояние пациента позволяло перенести дальнейшее специальное лечение. Продолжительность жизни составляла более 36 мес у 75 больных (из 12 больных 9 прожили более 3 лет).

Таким образом, при постановке диагноза у больного с опухолевым заболеванием даже при наличии всего арсенала диагностической аппаратуры не исключается ситуация, что первичная опухоль не будет определена. Безусловно, необходимо с учетом гистогенеза опухоли сосредоточить диагностический процесс на поиске опухоли, но он не должен быть затянутым по времени. Наиболее правильным путем воздействия считаем специальное лечение метастатической опухоли, ориентируясь на патоморфологию опухоли. При повторении циклов специальных методов лечения 1 раз в 3 мес целесообразно проводить повторное исследование и поиск первичного очага.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

О.А. Саприна, М.А. Кропотов, А.И. Пачес, Т.Т. Кондратьева,
В.Ж. Бржезовский, Р.И. Азизян, А.М. Мудунов, Г.В. Унгиадзе, Г.О. Агабекян

ФГБУ «РОИЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

Цель исследования. Определить наиболее адекватную тактику лечения больных с метастазами в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага.

Материал и методы

В исследование включены пациенты, получившие лечение в РОИЦ РАМН за период с 1990 по 2011 г. В зависимости от тактики лечения пациенты были разделены на три группы. Во всех группах пациентам выполнялись операции на регионарных зонах в различных объемах. Первая группа включала 13 пациентов, которым было проведено только хирургическое лечение с последующим динамическим наблюдением. Во вторую группу входили 9 больных, которым после операций была проведена послеоперационная дистанционная лучевая терапия на регионарные зоны с двух сторон и область глотки, части больных проводилась послеоперационная химиолучевая терапия. В третьей

группе было 15 больных, которым в плане комплексного или комбинированного лечения до или после шейных диссекций проводилось облучение регионарной зоны на стороне поражения без превентивного облучения глотки.

Результаты

В группе хирургического лечения при динамическом наблюдении первичный очаг выявлен в 31 % случаев, рецидивы и реализация метастазов отмечены у 46 % пациентов и 23 % больных умерли в течение первых 5 лет. Во второй группе первичный очаг не был выявлен ни в одном случае в сроки от 1 года до 10 лет; у одного пациента отмечен продолженный рост метастазов на шее, и один пациент умер спустя год после проведенного лечения. В третьей группе первичный очаг диагностирован у 20 % больных, в 13,3 % случаев реализовались метастазы, и 33,3 % пациентов умерли в течение 5 лет.

Таким образом, наиболее адекватной тактикой лечения больных с метастазами плоскоклеточного рака в лимфатические узлы шеи без выявленного

первичного очага является включение в поля облучения регионарных лимфоколлекторов с двух сторон и области глотки.

ШЕЙНЫЕ МЕТАСТАЗЫ БЕЗ ПЕРВИЧНО ВЫЯВЛЕННОГО ОЧАГА ПО МАТЕРИАЛАМ РОСТОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА

П.В. Светицкий, В.Л. Волкова

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону*

Метастазы в области шеи при злокачественных опухолях встречаются в 40–70 % случаев. При этом у больных с невыявленным первичным очагом они наблюдаются в 8 % случаев. Данная категория больных представляет сложную группу, входящую в раздел внеорганных опухолей шеи. При отсутствии выявленного первичного очага эта нозологическая форма опухолей проявляет выраженный агрессивный характер в процессе генерализации. Поиск первичного очага предусматривает оценку общего состояния и распространенности опухолевого процесса. Выявление первичного очага или иногда хотя бы предположительной его локализации позволяет выбрать наиболее адекватный вид лечения.

Под нашим наблюдением находилось 38 больных, обратившихся в РНИОИ за период с 2007 по 2010 г., из них 31 (81,6 %) мужчина и 7 (18,4 %) женщины. Возраст пациентов – от 40 до 70 лет. Первым симптомом, который заставил пациента обратиться к врачу, было увеличение шейных лимфатических узлов (у 3 пациентов – двустороннее). Время от появления первых признаков болезни до установления диагноза составляло 3–12 мес.

Основные жалобы были следующие: наличие опухоли на шее, общая слабость, потеря в весе, повышение температуры тела, одышка, кашель. Всем больным на поликлиническом этапе обследования проводили ультразвуковое исследование шеи, рентгенографию органов грудной клетки, эпифарингоскопию, ларинго-трахео-бронхоскопию, эзофагогастроскопию, сцинтиграфию щитовидной железы, у женщин – маммографию, и в конце – пункционную биопсию опухоли на шее.

Результаты цитологического исследования пункционной биопсии выявили метастазы аде-

нокарциномы – у 16 (42 %), плоскоклеточного рака – у 7 (18 %), недифференцированного рака – у 2 (5 %) больных. В 13 (34 %) наблюдениях цитологическое исследование было неинформативно. В сомнительных случаях (17 пациентов) для определения характера опухоли и уточнения ее гистогенеза проводились иммуногистохимические исследования. Полученные результаты цитологического исследования позволили подтвердить злокачественность процесса, выявить дифференцировку злокачественных опухолей, а также заподозрить нахождение первичной опухоли. В случаях, когда локализация первичного очага не была определена, а имелась клиника изолированного поражения шейных лимфатических узлов, проводилась лимфодиссекция. Больным предлагалась операция на шейных лимфатических узлах, от которой отказались 2 пациента. Лимфодиссекция по уровням (мануально и визуально), обеспечивающим радикализм операции, осуществлена 27 (71 %) больным, у 9 (24 %) больных удален изолированный измененный лимфатический узел. Результаты морфологического исследования были следующими: метастаз плоскоклеточного рака – 16 (42 %), аденокарциномы – 8 (21 %), недифференцированного рака – 8 (21 %), беспигментной меланомы, рака околоушной слюнной железы, рака из потовых желез, неходжкинская лимфома – по 1 (14,8 %) больному. В среднем для уточнения диагноза требовалось 4–6 мес. У 82 % больных раком щитовидной железы и носоглотки малые размеры опухолей и бессимптомная клиника затрудняли диагностику первичного процесса.

При выявлении первичного очага проводилось соответствующее диагнозу лечение. При невоз-