

TUMORS



# МАТЕРИАЛЫ XI ЕЖЕГОДНОГО КОНГРЕССА

РОССИЙСКОГО  
ОБЩЕСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ  
ПО ОПУХОЛЯМ ГОЛОВЫ И ШЕИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

28–29  
марта 2025

HEAD  
and NECK  
TUMORS



# **МАТЕРИАЛЫ**

## **XI Ежегодного конгресса**

**Российского общества  
специалистов  
по опухолям головы и шеи  
с международным участием**

**28–29 марта 2025 г.**

**Москва**

## Содержание

<i>Аз.А. Ашууров, Д.Д. Ашуурова, Ас.А. Ашууров</i> <b>Сфеноидит и органы зрения</b> . . . . .	6
<i>А.А. Бабаян, С.В. Казанчян</i> <b>Реконструктивные операции с использованием лоскутов «рабочих лошадок» при раке головы и шеи (наш опыт)</b> . . . . .	6
<i>И.Б. Бахадирова, С.С. Арифов, Д.Т. Артикова</i> <b>Проявление ототоксического побочного эффекта химиотерапевтических препаратов платины в экспериментальных условиях</b> . . . . .	7
<i>И.В. Бегун, Р.А. Тарасевич, И.И. Папкевич, А.Т. Шиманский</i> <b>Раздел «Голова и шея» в информационном ресурсе по ультразвуковой диагностике опухолей у детей и подростков</b> . . . . .	7
<i>В.А. Богданова, Л.В. Спирина, С.Ю. Чижевская</i> <b>Исследование экспрессии молекулярных маркеров в аспириате BRAFV600E-негативных меланом кожи</b> . . . . .	8
<i>Ю.С. Высочанская, С.В. Моргунов</i> <b>Концепция ВезМис-IT в стоматологическом ведении пациентов с онкологическим анамнезом (серия клинических случаев)</b> . . . . .	8
<i>Е.Н. Гвоздикова, А.М. Аванесов</i> <b>Медицинское образование как ключевой фактор повышения эффективности сопроводительной терапии в онкологии</b> . . . . .	9
<i>А.А. Данилов, А.А. Заремук, А.С. Комова, В.А. Радостин</i> <b>Реконструктивные операции при опухолях кожи головы и шеи: непосредственные и отдаленные результаты</b> . . . . .	10
<i>О.В. Дудник, Ад.А. Мамедов, А.М. Дыбов</i> <b>Применение информационных технологий в концепции междисциплинарной реабилитации пациентов с расщелиной губы и нёба как катализатор для науки и практики</b> . . . . .	10
<i>А.А. Егорин, Д.М. Вонтлая</i> <b>Опыт применения реваскуляризированных лоскутов в хирургическом лечении опухолей головы и шеи</b> . . . . .	11
<i>С.В. Казанчян, А.А. Бабаян</i> <b>Хирургический этап лечения опухолей средней трети лица (наш опыт)</b> . . . . .	11
<i>Е.А. Красавина, Ш.С.К. Аслонова, Е.Л. Чойнзонов, Н.А. Мёдова</i> <b>Опыт дистанционной речевой реабилитации больных раком орофарингеальной области</b> . . . . .	12
<i>Е.А. Красавина, Е.Л. Чойнзонов, Д.Е. Кульбакин</i> <b>Расширение потенциала речевой реабилитации пациентов после глоссэктомии</b> . . . . .	12
<i>Е.Н. Кузьмин, Е.С. Белопольская</i> <b>Использование мышечно-фасциального пекторального лоскута при расширенных резекциях гортани</b> . . . . .	13
<i>Е.Н. Кузьмин, В.А. Кондратович, Т.А. Леонова, Е.С. Белопольская</i> <b>Лечение метастазов папиллярного рака щитовидной железы в лимфатических узлах шеи с поражением ротогортаноглотки (клинический случай)</b> . . . . .	13
<i>Д.Е. Кульбакин, Е.Л. Чойнзонов, И.К. Федорова, Е.А. Смолина, Е.В. Обходская, А.В. Обходский, Е.О. Родионов, Д.В. Подолько, В.И. Сачков, В.И. Чернов</i> <b>Диагностика злокачественных опухолей гортани и глотки на основе анализа летучих маркеров в выдыхаемом воздухе</b> . . . . .	14
<i>Д.Е. Кульбакин, Е.Л. Чойнзонов, В.О. Цхай, И.К. Федорова, Д.Ю. Азовская</i> <b>Особенности хирургического этапа в современном подходе к комбинированному лечению больных раком языка и дна полости рта</b> . . . . .	14

<i>А.Ю. Мадаминов, Д.Ш. Полатова</i> <b>Оценка риска плоскоклеточной карциномы ротоглотки</b> . . . . .	15
<i>У.К. Масникова, М.В. Мирочник, Т.Л. Манькова, И.И. Орлова</i> <b>Миоэпителиальная карцинома малых слюнных желез: клинические случаи и обзор литературы</b> . . . . .	16
<i>А.А. Махонин, О.И. Каганов, М.М. Бондаренко, А.В. Алексеева</i> <b>Оптимизированный подход к закрытию обширных пострезекционных дефектов в онкохирургии головы, шеи с применением дермально-эпидермального биоэквивалента</b> . . . . .	16
<i>С.В. Мовергоз, Ф.А. Субхангулов, А.Д. Миннияров, А.Е. Алалыкин</i> <b>Клиническое наблюдение опухоли носоглотки с нетипичным расположением</b> . . . . .	17
<i>Г.В. Набиева</i> <b>Оптимальный алгоритм лечения папиллярной микрокарциномы щитовидной железы</b> . . . . .	17
<i>К.В. Никульников, С.Ю. Чижевская, В.И. Чернов, Л.В. Спирина, В.А. Богданова</i> <b>Сравнительный анализ применения отечественных радиофармпрепаратов Сентискан и Технефит для визуализации сторожевых лимфатических узлов у больных меланомой</b> . . . . .	18
<i>С.В. Осокин, Ш.И. Мусин, Н.А. Шарифутдинова, В.В. Ильин, Т.Р. Баймуратов, М.Р. Шафикова, А.В. Султанбаев, К.В. Меньшиков</i> <b>Картирование сигнальных лимфоузлов при раке языка сТ1N0M0 радиолимфосцинтиграфическим методом</b> . . . . .	19
<i>И.О. Походенько-Чудакова, В.В. Лебедева</i> <b>Изменение морфометрических показателей ротовой жидкости у лиц с неоплазиями полости рта</b> . . . . .	19
<i>С.Г. Приходько, И.А. Матвеева, С.Г. Петровский, И.Е. Петровская</i> <b>Агрессивный базальноклеточный рак кожи: выбор метода лечения</b> . . . . .	20
<i>А.М. Рахманкулова</i> <b>Клинические особенности радиойодрезистентного дифференцированного рака щитовидной железы у пациентов республики Казахстан: предварительные результаты</b> . . . . .	20
<i>М.В. Рейнберг, К.Ю. Слащук, М.С. Шеремета, Р.А. Черников, Е.А. Трошина</i> <b>Динамическое наблюдение пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы: акцент на группе промежуточного риска рецидива</b> . . . . .	21
<i>С.В. Саакян, А.Ю. Цыганков, Е.Б. Мякошина, И.В. Свирина, В.И. Логинов, А.М. Бурденный</i> <b>Новые возможности минимально инвазивной дифференциальной диагностики меланоцитарных увеальных новообразований</b> . . . . .	22
<i>К.А. Сайдалиева, П.И. Спирин</i> <b>Интраоперационная фотодинамическая терапия при раке гортани T1–T2</b> . . . . .	23
<i>А.О. Сидоренко, О.И. Каганов, А.Е. Орлов, А.А. Махонин</i> <b>Новый способ оценки состояния пациентов при планировании отсроченных реконструкций фарингоэзофагеальных дефектов после комбинированного лечения</b> . . . . .	24
<i>М.И. Соколова, А.О. Гузь, В.И. Павлова</i> <b>Сравнительный анализ уровня экспрессии p16 и PD-L1 при плоскоклеточном раке ротоглотки и CUP-синдроме</b> . . . . .	24
<i>Н.И. Сорокин, М.В. Кузьмичевская, О.Г. Аврамова, Я.А. Лавровская</i> <b>Применение принципов онконастороженности в работе врача-стоматолога детского</b> . . . . .	25
<i>А.И. Стукань, Е.А. Нефёдова, О.Ю. Чухрай</i> <b>Механизмы иммунной супрессии в персонализации лечения назофарингеального рака</b> . . . . .	26
<i>А.И. Стукань, Т.Ю. Семиглазова, Е.А. Нефёдова, О.Ю. Чухрай, В.Н. Бодня, В.А. Порханов</i> <b>Микрососудистая плотность опухоли при орофарингеальном раке: корреляция с клиническими и молекулярными параметрами</b> . . . . .	26

<i>М.Н. Тилляшайхов, Г.А. Хакимов, О.Н. Абдурахимов, М.А. Маликов</i> <b>Прогностическая роль молекулярных маркеров в выборе хирургической тактики и послеоперационного лечения при дифференцированном раке щитовидной железы</b> . . . . .	27
<i>М.Н. Тилляшайхов, Г.А. Хакимов, О.Н. Абдурахимов, М.А. Маликов</i> <b>Совершенствование хирургического и патогенетического лечения больных дифференцированным раком щитовидной железы</b> . . . . .	28
<i>М.Н. Тилляшайхов, Г.А. Хакимов, О.Н. Абдурахимов, М.А. Маликов</i> <b>Современные подходы к хирургическому лечению дифференцированного рака щитовидной железы: оптимизация объема операции и лимфодиссекции</b> . . . . .	28
<i>М.В. Фридман, О.В. Красько, И.В. Веялкин, С.В. Маньковская</i> <b>Анализ заболеваемости папиллярной тиреоидной карциномой в республике Беларусь</b> . . . . .	29
<i>Ш.З. Хабибулаев, А.А. Исмаилова, Й.М. Нуридинов, Д.Р. Сангинов</i> <b>Прогностическая ценность изучения цитокинов при мягкотканых саркомах головы и шеи.</b> . . . . .	30
<i>Ш.З. Хабибулаев, А.А. Исмаилова, Ф.И. Салимов, Д.Р. Сангинов</i> <b>Значение уровня ИЛ-6 в прогнозе клинического течения рака верхнечелюстной пазухи.</b> . . . . .	30
<i>А.А. Чистяков, И.Е. Седаков, Г.Н. Ползиков, А.И. Глазков</i> <b>Непосредственные и отдаленные результаты малоинвазивных видеоассоциированных тиреоидэктомий с центральной паратрахеальной лимфодиссекцией.</b> . . . . .	31
<i>А.А. Чистяков, И.Е. Седаков, Г.Н. Ползиков, А.И. Глазков</i> <b>Профилактика ранних послеоперационных осложнений после резекции губы с пластикой по Диффенбаху у больных раком губы</b> . . . . .	31
<i>А.А. Чистяков, И.Е. Седаков, Г.Н. Ползиков, А.И. Глазков</i> <b>Эффективность использования криохирургии в комплексном лечении рака небных миндалин.</b> . . . . .	32
<i>Н.А. Шарафутдинова, Ш.И. Мусин, С.В. Осокин, В.В. Ильин, Т.Р. Баймуратов, М.Р. Шафикова, А.В. Султанбаев, К.В. Меньшиков</i> <b>Лазерная резекция рака слизистой полости рта T1N0M0</b> . . . . .	32
<i>В.И. Штин, Е.С. Марченко, Е.Л. Чойнзонов, В.А. Новиков</i> <b>Восстановление средней зоны лица после резекции верхней челюсти с применением имплантов из никелида титана и мягкотканых лоскутов</b> . . . . .	33

## СФЕНОИДИТ И ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ

**Аз.А. Ашуров, Д.Д. Ашурова, Ас.А. Ашуров**

*Центр развития профессиональной квалификации  
медицинских работников, кафедра оториноларингологии,  
Ташкент, Республика Узбекистан  
e-mail: ashurova\_d1995@mail.ru*

**Введение.** Проблема риносинуситов является одной из актуальных в оториноларингологии, и, по данным многих авторов, имеется тенденция к увеличению данной патологии в 2 раза. Среди риносинуситов особое место занимает сфеноидит. Это обусловлено тесной анатомо-топографической связью основной пазухи с жизненно важными структурами головного мозга, гипофизом, кавернозным синусом, зрительным нервом, внутренней сонной артерией, глазодвигательным (3-я пара), блоковидным (4-я пара), отводящим (6-я пара) черепно-мозговыми нервами. При сфеноидите могут быть симптомы вторичного поражения вышеперечисленных анатомических структур.

**Цель исследования** — выявление офтальмологических симптомов сфеноидита.

**Материалы и методы.** Обследованы 120 больных (женщин — 64, мужчин — 56) со сфеноидитом в возрасте от 18 до 70 лет, из них с острым сфеноидитом (отечная, серозная, гнойная формы) — 76, с хроническим (гиперпластическая, гнойная, грибковая, кистозная формы) — 44. Всем больным проведены сбор жалоб и анамнез, МСКТ околоносовых пазух, общеклинические (лабораторные), оториноларингологические, офтальмологические обследования. При этом кроме лор-симптомов акцентировали внимание на функциональном состоянии органов зрения. В ходе обследования различные офтальмологические симптомы выявлены у 9 (7 — с ухудшением зрения, 2 — с косоглазием) больных.

**Результаты.** В ходе обследования у 9 больных выявлены различные офтальмологические симптомы (7 больных с ухудшением зрения, 2 — с косоглазием).

**Выводы.** Данное исследование показывает, что при поражении основной пазухи наблюдаются офтальмологические симптомы, в нашем случае в виде ухудшения зрения (5,8 %) и косоглазия (1,6 %).

## РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОСКУТОВ «РАБОЧИХ ЛОШАДОК» ПРИ РАКЕ ГОЛОВЫ И ШЕИ (НАШ ОПЫТ)

**А.А. Бабаян, С.В. Казанчян**

*Национальный центр онкологии им. В.А. Фанарджяна, Ереван  
e-mail: dr.haykbabayan@gmail.com*

**Цель исследования** — изучение результатов использования свободных и ротационных лоскутов для замещения дефектов головы и шеи при хирургическом этапе лечения больных.

**Материалы и методы.** В отделении онкологии опорно-двигательного аппарата им. С. Сеиняна НЦО в 2021–2024 гг. у 23 (8 женщин и 15 мужчин в возрасте от 42 лет до 77 года) больных местно-распространенными опухолями головы и шеи было выполнено хирургическое удаление опухоли: с реконструкцией дефекта свободным радиальным лоскутом — у 15, свободным малоберцовым лоскутом — у 3, ротационным лоскутом большой грудной мышцы — у 7. У 2 пациентов был рак слизистой оболочки щеки, у 3 — твердого нёба, у 3 — ротоглотки, у 4 — языка, у 6 — дна полости рта, у 3 — слизистой оболочки альвеолярного отростка челюстей, у 2 — кожных покровов головы и шеи.

**Результаты.** Полное приживление лучевого лоскута наблюдалось у 13 пациентов, малоберцового лоскута — у 2, пекторального лоскута — у 6. При послеоперационном гистологическом исследовании установлено, что края резекции во всех случаях были свободными от опухоли. В послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: полный некроз лоскута — у 3 пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Летальных исходов зарегистрировано 1. Длительность послеоперационного периода составила в среднем 11 дней. При последующем наблюдении пациентов рецидивы опухоли возникли у 6 больных, рецидивы регионарных метастазов не выявлены. Отмечены хорошие эстетические и функциональные результаты. Адекватное восстановление функций дыхания, жевания, глотания и речи позволило обеспечить полноценную реабилитацию пациентов.

**Выводы.** Наш опыт в очередной раз доказал, что радиальный, малоберцовый и пекторальные лоскуты являются «рабочими лошадками» для реконструкции сложных дефектов головы и шеи. Реабилитация пациентов в послеоперационном периоде расценена как успешная: восстановление жизненно важных функций полости рта, получение хороших эстетических результатов.

## ПРОЯВЛЕНИЕ ОТОТОКСИЧЕСКОГО ПОБОЧНОГО ЭФФЕКТА ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПЛАТИНЫ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

**И.Б. Бахадирова, С.С. Арифов, Д.Т. Артикова**

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Республика Узбекистан  
e-mail: iroda-bakh@yandex.ru*

**Введение.** Химиотерапевтические препараты платины широко применяются при лечении злокачественных новообразований. Представители этой группы препаратов, такие как цисплатин и карбоплатин, обладают ототоксическим побочным эффектом. Ототоксичность проявляется односторонней или двусторонней потерей слуха, которая может сопровождаться шумом в ушах.

**Цель исследования** — сравнить ототоксическое действие химиотерапевтических препаратов платины на лабораторных крысах с использованием объективных методов исследования слуха.

**Материалы и методы.** Нами проведено экспериментальное исследование воздействия цисплатина и карбоплатина на внутреннее ухо лабораторных крыс. Были сформированы 3 группы животных, в каждой группе по 10 лабораторных крыс: основная группа — в/б введение цисплатина 5 мг/кг/день; группа сравнения — в/б введение карбоплатина 10 мг/кг/день; контрольная группа — в/б введение 0,9 % раствора натрия хлорида 3 мл/кг. Лабораторные крысы получили 3 курса введения препаратов с перерывами в 14 дней. В течение одного курса химиотерапии препарат вводили 1 раз в день, четыре последовательных дня. До и после введения препаратов проводили оценку рефлекса Прейера по К. Хилову и регистрацию отоакустической эмиссии (ОАЭ).

**Результаты.** В основной группе после 3 курсов введения лекарственных средств у 5 лабораторных крыс наблюдалось полное угасание рефлекса Прейера. На ОАЭ у 5 крыс результат был «тест прошел» и у 5 — «тест не прошел». В группе сравнения у крыс, получавших карбоплатин, наблюдалось угасание рефлекса Прейера только у 1. На ОАЭ у этой же крысы получен ответ «тест не прошел». В контрольной группе рефлекс Прейера был живой, показатели ОАЭ у всех крыс (20 ушей) «тест прошел», что говорит о норме.

**Выводы.** В отличие от цисплатина, у крыс, получавших карбоплатин, не наблюдались сдвиги, которые значительно отличались от контрольных животных, получавших физиологический раствор. Эти результаты показывают, что при назначенной дозе 5 мг/кг/день цисплатин вызывает значительную потерю слуха, а карбоплатин нет. Проявление разной степени ототоксичности этих двух препаратов, содержащих плати-

ну, указывает на то, что цисплатин обладает более высоким уровнем ототоксичности по сравнению с карбоплатином.

## РАЗДЕЛ «ГОЛОВА И ШЕЯ» В ИНФОРМАЦИОННОМ РЕСУРСЕ ПО УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**И.В. Бегун, Р.А. Тарасевич, И.И. Папкевич,  
А.Т. Шиманский**

*Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Минск,  
Республика Беларусь  
e-mail: begun\_igor@mail.ru*

**Введение.** Ультразвуковая диагностика опухолей и опухолеподобных процессов у детей часто сопровождается сложностями дифференциальной диагностики, что удлиняет диагностический процесс.

**Цель исследования** — создать онлайн-ресурс с актуальной информацией о случаях ультразвуковой диагностики опухолей и опухолеподобных процессов у детей.

**Материалы и методы.** Разработка ресурса основана на анализе медицинской литературы, систематизации собственных наблюдений и компьютерном программировании. База данных включала изображения, охватывающие мультимодальные ультразвуковые диагностические подходы.

**Результаты.** Создан веб-сайт (oncoscans.by) с категориями: «Случаи» (атлас клинических наблюдений), «Алгоритмы» (диагностические схемы), «Калькуляторы» (инструменты расчета параметров). Раздел атласа «Голова и шея» включает кейсы патологий щитовидной железы, лимфоузлов, слюнных желез, глаз, сосудов, мягких тканей. Материалы представлены в блоках: «Кисты», «Повреждение кивательной мышцы», «Воспалительные псевдоопухоли», «Новообразования глаза», «Новообразования слюнных желез», «Патология щитовидной железы», «Поражение лимфатических узлов», «Неорганные опухоли», «Сосудистые опухоли», «Сосудистые мальформации», «Разное». Блоки содержат кейсы с проекционной разметкой на нативном фото, галерею изображений и видео в режимах серой шкалы, доплера и эластографии, а также текст с обезличенными клинико-anamnestическими данными, сонографическими признаками и верифицированным диагнозом.

**Выводы.** Раздел «Голова и шея» ресурса www.oncoscans.by предоставляет специалистам структурированную информацию и мультимодальные ультразвуковые данные, обеспечивая поддержку в принятии решений при диагностике опухолей у детей в анатомических зонах головы и шеи, доступных для диагностического ультразвука.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ В АСПИРАТЕ *BRAFV600E*-НЕГАТИВНЫХ МЕЛАНОМ КОЖИ

В.А. Богданова<sup>1</sup>, Л.В. Спирина<sup>1,2</sup>, С.Ю. Чижевская<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск;

<sup>2</sup>НИИ онкологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», Томск  
e-mail: Vnika6906@yandex.ru

**Цель исследования** — сопоставление уровня экспрессии молекулярных маркеров меланомы кожи с доброкачественными образованиями, учитывая клиническую картину и исходы заболевания.

**Материалы и методы.** У 41 пациента с верифицированным диагнозом «меланомы кожи различных локализаций T1a — 4bN0M0 (I–IV) стадий» и у 18 пациентов с невусами кожи в возрасте 45–72 лет была определена экспрессия компонентов АКТ/mTOR-сигнального пути, транскрипционных и ростовых факторов, в ткани опухоли определяли методом полимеразной цепной реакции в реальном времени, а также статус мутации гена *BRAF*. В качестве материала для исследования был использован аспират, полученный после тонкоигольной биопсии.

**Результаты.** Был зафиксирован рост киназы АКТ, который сопровождался увеличением экспрессии белка аутофагосом и рецептора PD-1. Это указывает на интенсификацию внутриклеточных сигнальных путей, модификацию микроокружения и активизацию аутофагии и неоангиогенеза. Важно отметить, что у пациентов не было обнаружено мутации *BRAFV600E*, что указывает на важную роль аутофагии в развитии меланомы кожи.

**Выводы.** Выявлены молекулярные и биологические особенности *BRAF*-негативных меланом кожи. Полученные результаты имеют огромное значение не только для понимания фундаментальных механизмов, лежащих в основе опухолевой прогрессии, но и для разработки новых, перспективных подходов к противоопухолевой терапии.

## КОНЦЕПЦИЯ VEZMUC-IT В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ (СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ)

Ю.С. Высочанская, С.В. Моргунов

ООО «Производственный комплекс научной школы  
НейроСоматоСтоматологии», Санкт-Петербург;  
ООО «Стоматология Голден-Дент», Санкт-Петербург  
e-mail: zlider@inbox.ru

**Введение.** Патология зубочелюстной системы — частый спутник терапии онкопатологии, который существенно ухудшает качество жизни пациентов и снижает возможность стоматологического лечения. К осложнениям такого лечения можно отнести не только распространенные мукозиты, но и фиброз слизистой рта, а также снижение подвижности височно-нижнечелюстного сустава, которые приводят к ограничению открывания рта онкологического пациента.

**Цель исследования** — разработать современную концепцию стоматологического сопровождения пациента с онкологией в анамнезе.

**Материалы и методы.** На клинической базе ООО «Стоматология Голден-Дент» и ООО «Производственный комплекс научной школы НейроСоматоСтоматология» с января 2024 г. по январь 2025 г. поставлены на диспансерный учет и получили стоматологическое лечение 3 пациентки. Первая пациентка (51 год) после иссечения щитовидной железы в 2020 г. по поводу папиллярного рака обратилась с осложнением постхирургической терапии L-тироксинотерапией в дозе 125 мг/сут и антигипертензивной терапией в виде амлодипина 5 мг и телмисартана 40 мг в сутки со стоматологическим диагнозом «генерализованный гипертрофический гингивит». Вторая пациентка (62 года) после глоссотомии справа + химиолучевая терапия (74 Гр) в 2020 г. по причине плоскоклеточного рака языка и с безрецидивным течением обратилась по поводу непрекращающегося постлучевого мукозита и фиброза, сухости слизистой рта и ограничения открывания рта (2–3 см). Третья пациентка (67 лет) с диагнозом «плоскоклеточная ороговевающая карцинома ретромолярной зоны справа pT1cN0M0R+» (резекция альвеолярного отростка нижней челюсти + химиолучевая терапия 75 Гр) получила стоматологическое лечение постлучевого мукозита и фиброза слизистой рта, артроза височно-нижнечелюстного сустава и сиалоэктазии слюнных желез во время химиолучевой терапии. Все пациентки получили профилактический протокол домашней гигиены и комплексной терапии в течение 2 мес: эссенция масляная для полости рта BezMuc-IT, эссенция для чистки зубов BezMuc-IT, эссенция для суставов, в том числе височно-нижнечелюстного, BezMuc-IT; внутрь принимали



витамин С 500 мг 1 раз в день 2 мес; пилокарпина гидрохлорид разводили 3 капли в столовой ложке воды и держали во рту за 5 мин до еды для стимулирования слюнных желез. Вторая и третья пациентки с постлучевым фиброзом слизистой рта во 2-й месяц терапии полоскали рот раствором химотрипсина на физрастворе 2 мл 1 раз в день, после чего сразу ополаскивали слизистую масляной эссенцией BezMuc-IT в течение 2 нед. Первой пациентке дополнительно скорректировали дозу L-тироксина на 100 мг/сут и было проведено ортодонтическое лечение трем на фоне гипертрофического гингивита. Вторая и третья пациентки дополнительно проводили антисептическую обработку полости рта в виде полосканий рта мирамистином 2–3 раза в день не регулярно, по собственному желанию.

**Результаты.** После 2 мес терапии на протоколе BezMuc-IT все пациентки отметили улучшение открывания рта с 2–3 см до 4 и 6 см (лучший эффект (6 см) получили при сопровождении химиолучевой терапии эссенцией для височно-нижнечелюстного сустава), снятие симптомов мукозита (эрозии и гиперкератоз), уменьшение скованности движений нижней челюсти. Первой пациентке диагноз «генерализованный гипертрофический гингивит» был переведен в «локализованный гипертрофический гингивит в области десневого сосочка зубов 2.1 и 2.2».

**Выводы.** Концепция BezMuc-IT в стоматологическом ведении пациентов с онкологическим анамнезом имеет перспективы в улучшении качества жизни пациентов во время и после терапии онкопатологии и ее побочных эффектов за счет уменьшения явлений мукозита, фиброза слизистой рта и скованности движений нижней челюсти. Исследование ограничено малым количеством клинических случаев и требует расширенного протокола с большей выборкой пациентов.

## МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ОНКОЛОГИИ

Е. Н. Гвоздикова<sup>1,2</sup>, А. М. Аванесов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,  
Москва

<sup>2</sup>ФГБУ «Российский научный центр рентгенрадиологии»,  
Москва

e-mail: gvozdikova\_en@pfur.ru

**Введение.** В последнее время в повышении качества и результативности противоопухолевого лечения большая роль отводится сопроводительной терапии, в том числе в орофарингеальной области, когда зачастую успешно проведенное лечение сопровождается значительным снижением качества жизни пациентов

и нарушением социальных и физиологических функций организма. При этом развитие сопроводительной терапии в онкологии головы и шеи, в частности стоматологического сопровождения, как важного ее составляющего ограничено рядом факторов как клинических, так и организационных, среди которых наиболее значимым является, с нашей точки зрения, недостаточное акцентирование внимания на данной проблеме в рамках медицинского образования.

**Цель исследования** — определение и минимизация образовательных факторов, влияющих на снижение качества сопроводительной терапии в онкологии.

**Материалы и методы.** На кафедре общей и клинической стоматологии им. В. С. Дмитриевой РУДН проведено анкетирование 2233 студентов V курса (655 — специальности «стоматология», 1578 — «лечебное дело») в период с 2021 по 2024 г. Анкетирование включало вопросы, оценивающие компетенции студентов по междисциплинарным направлениям медицины, в том числе сопроводительной терапии, которое проводилось до и после цикловых занятий по дисциплинам «Клиническая стоматология» и «Онкостоматология и лучевая терапия».

**Результаты.** Подготовка студентов V курса по сопроводительной терапии находится на недостаточном уровне, у обучающихся отмечаются обрывочные или поверхностные знания по клиническим вопросам, требующим междисциплинарного подхода в рамках одной или нескольких специальностей, что является важной образовательной составляющей, снижающей качество терапии сопровождения в онкологии головы и шеи. Разработанные с целью минимизации данного фактора и внедренные в учебный процесс образовательные программы «Онкостоматология и лучевая терапия» и «Клиническая стоматология» способствуют формированию междисциплинарных компетенций и повышению качества знаний обучающихся по оказанию медицинской помощи коморбидным, в том числе онкологическим пациентам.

**Выводы.** Внедрение междисциплинарных подходов в обучение будущих врачей способно повысить качество сопроводительной терапии в целом и стоматологического сопровождения в частности. Расширение знаний студентов по вопросам, связанным с междисциплинарными подходами в лечении больных, — современная необходимость для повышения качества медицинской помощи в онкологии.

## РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

А.А. Данилов, А.А. Заремук, А.С. Комова,  
В.А. Радостин

ГБУЗ ВО «Областной клинический онкологический  
диспансер», Владимир  
e-mail: norlos777@yandex.ru

**Введение.** Лицо играет ключевую роль в самоидентификации человека. Актуальной является проблема как выбора донорского материала, так и его эффективного использования с целью устранения дефектов тканей головы. При закрытии дефектов тканей лица следует ориентироваться на вмешательство, которое, наряду с простотой в исполнении и отсутствием потребности в специальном оборудовании, не оставит видимых рубцов на коже

**Цель исследования** — демонстрация опыта хирургического лечения больных злокачественными опухолями кожи головы и шеи в ГБУЗ ВО «Областной клинический онкологический диспансер» с реконструктивно-пластическим компонентом на примере клинических случаев.

**Материалы и методы.** На базе ГБУЗ ВО «Областной клинический онкологический диспансер» г. Владимира за период с 2016 по 2024 г. реконструктивные операции выполнены у 320 пациентов со злокачественными опухолями кожи головы и шеи. В качестве реконструктивного материала использовались свободные реvascularизированные лоскуты — 3 случая, кожно-мышечный лоскут на сосудистой ножке — 5, однолепестковый кожно-жировой перемещенный лоскут — 178, билобарный лоскут — 81, скользящий лоскут (sliding flap) — 22, два лоскута — 31 случай. Демонстрация интересных клинических случаев, в том числе реконструкция тотального дефекта нижнего века, носа.

**Результаты.** В работе отражены результаты лечения больных со злокачественными опухолями кожи головы и шеи с использованием реконструктивного компонента. Прогрессирование опухолевого процесса диагностировано у 6,2 % (общее количество) пациентов: местные рецидивы — у 12 (3,7 %), метастазы рака в шейные лимфоузлы — у 5 (1,6 %), отдаленные метастазы — у 3 (0,9 %).

**Выводы.** Использование реконструктивно-пластического компонента при операциях по поводу опухолей кожи головы и шеи улучшает качество жизни и функциональные результаты лечения пациентов. Одним из наиболее эффективных методов устранения дефектов тканей головы можно считать использование лоскута из близлежащих к дефекту тканей. Использование методик микрохирургической трансплантации

тканей позволяет полноценно одномоментно заместить дефект пациентам, значительно улучшая функциональные и косметические результаты лечения.

## ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОНЦЕПЦИИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА КАК КАТАЛИЗАТОР ДЛЯ НАУКИ И ПРАКТИКИ

О.В. Дудник<sup>1</sup>, Ад.А. Мамедов<sup>2</sup>, А.М. Дыбов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава  
России (Сеченовский Университет), Москва;

<sup>2</sup>ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», Москва  
e-mail: oldudnik87@mail.ru

**Введение.** Одним из приоритетных направлений отечественной медицины в настоящее время является информатизация. Наиболее перспективной представляется задача использования средств информационной поддержки в комплексной системе диагностического обследования пациентов с расщелиной губы и нёба для последующей ее интеграции в комплекс реабилитационных мероприятий, включающий участие специалистов различного профиля, таких как педиатр, челюстно-лицевой хирург, ортодонт, логопед и др.

**Цель исследования** — создать автономное веб-приложение, позволяющее врачам определить тактику междисциплинарной диагностики и лечения пациентов с расщелиной губы и нёба.

**Материалы и методы.** Проведены междисциплинарная диагностика и лечение 288 пациентов в возрасте 0–18 лет с диагнозом «расщелина губы и нёба». На основании полученных результатов разработана «Междисциплинарная база данных диагностики и лечения детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области», преобразованная в веб-приложение ADI — Application of Digital Imaging (программа цифрового изображения), позволяющее врачам-стоматологам и смежным специалистам определить тактику мультидисциплинарной реабилитации детей с расщелиной губы и нёба. После апробации разработанного приложения проведено анкетирование 97 специалистов.

**Результаты.** При анализе данных установлено, что 91,7 % специалистов на вопрос «Помогло ли Вам веб-приложение ADI в формировании стратегии проведения междисциплинарной диагностики?» ответили «да», и только 8,3 % специалистов ответили «нет», обосновав это недостаточным оснащением лаборатории для проведения необходимых диагностических манипуляций. Отвечая на вопрос «Помогло ли Вам веб-приложение в формировании плана междисциплинарного лечения?» положительный ответ дали 96 % врачей, что доказывает эффективность предложенной базы данных и разработанного веб-приложения.

**Выводы.** Созданное и апробированное веб-приложение ADI позволяет врачам-стоматологам и смежным специалистам определить тактику междисциплинарной диагностики и лечения детей с расщелиной губы и нёба в разные возрастные периоды, его эффективность подтверждена специалистами различных направлений.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ ЛОСКУТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

**А.А. Егорин, Д.М. Вонглая**  
ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город», Тюмень  
e-mail: anatoliy.egorin@gmail.com

**Введение.** При хирургическом лечении местно-распространенных злокачественных опухолей головы и шеи требуется особый подход к планированию реконструкции послеоперационного дефекта. Это необходимо для достижения уверенного функционального и эстетического результатов лечения.

**Цель исследования** — проанализировать результаты хирургических вмешательств с использованием микрососудистых аутотрансплантатов, изучить основные локализации и характер осложнений после операций.

**Материалы и методы.** Проанализированы медицинские карты пациентов, получавших в период с 2019 по 2024 г. хирургическое лечение в ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город». Проведена оценка частоты и особенностей осложнений после хирургических вмешательств

**Результаты.** В период с 2019 по 2024 г. было выполнено 114 хирургических вмешательств с реконструкцией дефекта аутотрансплантатом на микрососудистых анастомозах. Чаще всего использовались следующие виды лоскутов: лучевой (56 случаев), торакодорзальный (24) и малоберцовый (17).

У 75 (85 %) пациентов послеоперационный период прошел без осложнений. Осложнения наблюдались у 19 (15 %) пациентов: тромбоз питающих сосудов — у 14 (16 %), некроз лоскута — у 6 (7 %), гематома или кровотечение — у 6 (7 %), несостоятельность швов и формирование свищей — у 5 (6 %). Основной объем послеоперационных осложнений пришелся на случаи с локализацией обширных опухолей в полости рта с инвазией подлежащих костных структур или мягких тканей.

**Выводы.** Одномоментная и отсроченная микрососудистая реконструкция дает возможность осуществлять радикальное хирургическое лечение пациентам с обширными местно-распространенными опухолями головы и шеи. При этом методика помогает сохранить

основные функции пораженной анатомической области и сокращать сроки реабилитации пациента.

## ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА (НАШ ОПЫТ)

**С.В. Казанчян, А.А. Бабаян**  
Национальный центр онкологии им. В.А. Фанарджяна, Ереван  
e-mail: sergeyghazanchyan@mail.ru

**Введение.** Злокачественные опухоли, локализованные в области средней трети лица, встречаются реже. Заболевание развивается незаметно, и пациенты обращаются уже на поздних стадиях. Хирургическое лечение имеет множество интра- и послеоперационных осложнений. Область средней трети лица имеет сложную анатомию, что увеличивает риск повреждения крупных кровеносных сосудов и специфических нервов во время операции. Среди послеоперационных осложнений можно отметить образование дефектов и деформаций, которые приводят к различным функциональным и эстетическим нарушениям.

**Цель исследования** — ретроспективный анализ послеоперационных результатов и разработка единого подхода к лечению злокачественных опухолей, локализованных в области средней трети лица.

**Материалы и методы.** В исследование включены 8 пациентов со злокачественными опухолями средней трети лица (Т3–4, N0, M0 стадии), которым было выполнено хирургическое вмешательство. Из них 4 пациента получили радиационную терапию, 1 — иммунотерапию, 1 — таргетную терапию с учетом подтипа опухоли.

Из 8 пациентов у 1 диагностирован плоскоклеточный рак слизистой оболочки щеки; у 4 — плоскоклеточный рак слизистой оболочки верхнечелюстных пазух; у 2 — опухоль носовой полости; у 1 — опухоль крылонёбной ямки.

**Результаты.** Длительность послеоперационного периода составила в среднем 8 дней. При последующем наблюдении рецидивы опухоли выявлены у 2 пациентов, регионарных и отдаленных метастазов не обнаружено. В случаях, когда проводилось протезирование, обеспечивалось адекватное восстановление жевательной и дыхательной функций, нормализовалась речь.

**Выводы.** Область средней трети лица выполняет не только эстетическую, но и важную функциональную роль. Обширные травматические операции могут приводить к тяжелым последствиям. Однако с точки зрения сохранения жизни, снятия болевых симптомов, с помощью микрохирургии и протезирования можно достичь эстетики и функции, что позволяет оказывать пациентам адекватную онкологическую помощь.

## ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОЙ РЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Е.А. Красавина<sup>1,2</sup>, Ш.С.К. Аслонова<sup>2</sup>, Е.Л. Чойнзонов<sup>1</sup>,  
Н.А. Мёдова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НИИ онкологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», Томск;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Томский государственный педагогический университет», Томск

e-mail: krasavinaea@mail2000.ru

**Введение.** Речевая реабилитация пациентов после операций по поводу рака орофарингеальной области – длительный трудоемкий процесс. В связи с невозможностью обеспечить полный объем речевой реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе возникла необходимость развивать дистанционный формат логопедических занятий для проведения речевой реабилитации пациентов вне зависимости от их места жительства на всех этапах восстановления речевой функции.

**Цель исследования** – оценить эффективность применения дистанционной речевой реабилитации у пациентов с нарушением речевой функции после операций на орофарингеальной области.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 36 пациентов с диагнозом «рак органов полости рта и ротоглотки» с распространенностью опухолевого процесса T1–3N0–2M0 из различных регионов РФ. У всех пациентов имелись послеоперационные речевые нарушения. Дистанционная речевая реабилитация проводилась на платформе «Телеонкоцентр» по методикам, разработанным в НИИ онкологии Томского НИМЦ. Для оценки эффективности дистанционных занятий был проведен сравнительный анализ динамики улучшения произношения групп согласных звуков. Степень нарушений выражалась в баллах (от 0 до 4). Оценка выполнялась перед началом онлайн-реабилитации и после ее завершения для каждого пациента.

**Результаты.** Количество онлайн-занятий зависело от степени нарушений речевой функции и варьировало от 13 до 32 (Me = 21). Длительность занятий устанавливалась логопедом (15–45 мин) в зависимости от задач на текущий этап логотерапии и общего состояния пациента. Результаты исследования показали, что дистанционная речевая реабилитация оказала выраженное положительное влияние на восстановление произношения всех групп согласных звуков ( $p < 0,001$ ). В отдельных случаях в группах заднеязычных и переднеязычных звуков удалось добиться полного восстановления произношения данных групп звуков.

**Выводы.** Полученные нами результаты свидетельствуют об эффективности применения дистанционных логопедических занятий при восстановлении и мони-

торинга состояния речи пациентов после операций по поводу рака орофарингеальной области.

## РАСШИРЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА РЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГЛОССЭКТОМИИ

Е.А. Красавина<sup>1,2</sup>, Е.Л. Чойнзонов<sup>1</sup>, Д.Е. Кульбакин<sup>1</sup>

<sup>1</sup>НИИ онкологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», Томск;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Томский государственный педагогический университет», Томск

e-mail: krasavinaea@mail2000.ru

**Введение.** У пациентов, перенесших глоссэктомию, возникают тяжелые нарушения речевой функции. Из-за отсутствия подвижной части языка реабилитационный потенциал данных пациентов в плане восстановления речи весьма ограничен. Внедрение реконструктивно-пластических операций по замещению анатомических структур полости рта направлено на создание функциональной основы для коррекции звукопроизношения.

**Цель исследования** – в сравнительном аспекте оценить эффективность коррекции звукопроизношения пациентов после операций в объеме глоссэктомии с реконструктивно-пластическим компонентом и без него.

**Материалы и методы.** В исследовании приняла участие 56 пациентов с верифицированным раком органов полости рта и ротоглотки III–IV стадии, которые были разделены на 2 группы в зависимости от объема хирургического вмешательства. В 1-ю, исследуемую, группу вошли 24 пациента после глоссэктомии с реконструктивно-пластическим компонентом, во 2-ю – 32 пациента, которым выполнена глоссэктомия без реконструктивно-пластического компонента. Данные о динамике коррекции звукопроизношения оценивались на этапах речевой реабилитации и в отдаленные сроки (через 6 и 12 мес) после окончания логопедических занятий. Уровень сохранности звукопроизношения оценивался в баллах (0–4), где 0 баллов – нарушения отсутствуют, а 4 балла – максимальные нарушения.

**Результаты.** После хирургического вмешательства у всех обследованных пациентов отмечались абсолютные ( $4 \pm 0$ ) нарушения произношения изучаемых групп звуков. В результате речевой реабилитации у пациентов после глоссэктомии с реконструктивно-пластическим компонентом отмечено выраженное улучшение произношения группы заднеязычных звуков –  $1,57 \pm 0,46$ ; свистящих (язычно-зубных) звуков –  $1,95 \pm 0,4$ ; статически значимое улучшение произношения переднеязычных [Т], [ТЬ], [Д], [ДЬ] –  $2,8 \pm 0,4$  и шипящих [Ш], [Ж] –  $2,43 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ). У пациентов после глоссэктомии без реконструктивно-пластического компонента

статистически значимая динамика показателей восстановления звуков отмечена только при коррекции заднеязычных твердых звуков [К], [Г] —  $2,8 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Полученные нами результаты подчеркивают важность реконструктивно-пластического компонента при выполнении глоссэктомии для достижения лучших результатов в функциональном восстановлении и улучшении качества речевой функции пациентов.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНОГО ПЕКТОРАЛЬНОГО ЛОСКУТА ПРИ РАСШИРЕННЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ГОРТАНИ

**Е. Н. Кузьмин, Е. С. Белопольская**

*Минский городской клинический онкологический центр,  
Минск, Республика Беларусь  
e-mail: enkuzmin1973@gmail.com*

**Введение.** Республика Беларусь занимает 4-е место в мире по заболеваемости (2,4 на 100 тыс. населения) и смертности (1,7 на 100 тыс.) от рака гортаноглотки. Основным видом радикального хирургического лечения злокачественных новообразований гортаноглотки остаются расширенные ларингэктомии с формированием фарингоэзофагостомы. В последние годы широкое распространение получила разработка методов лечения, включающих проведение органосохраняющих и реконструктивных операций. В ходе расширенных резекций удалялись крупные фрагменты хрящей гортани, что приводило к нарушению акта глотания, провисанию мягких тканей в просвет гортани и развитию рубцовой деформации органа и, как следствие, постоянному канюленосительству. Учитывая сложность строения хрящей гортани, при расширенных резекциях для одномоментной реконструкции каркаса гортани использовались различные полимерные материалы.

**Цель исследования** — изучить возможности клинического применения мышечно-фасциального пекторального лоскута на сосудистой ножке для восстановления просвета дыхательных и пищеварительных путей после расширенных резекций гортани с резекцией тканей гортаноглотки.

**Материалы и методы.** В УЗ «Минский городской клинический онкологический центр» за 2024 г. 4 пациентам (2 — женского пола, 2 — мужского) в возрасте от 62 до 69 лет выполнялось одномоментное восстановление пищеварительной функции и целостности структур гортани с использованием мышечно-фасциального пекторального лоскута. В 50 % случаев морфологическая картина была представлена папиллярным раком щитовидной железы и плоскоклеточным раком G2 гортаноглотки. В обоих случаях рака гортаноглотки

хирургическое лечение выполнялось по поводу рецидива опухоли после курса лучевой терапии по радикальной программе (СОД 70 Гр). В послеоперационном периоде оценивалось восстановление голосовой, дыхательной и пищеварительной функций.

**Результаты.** У 100 % пациентов ранний послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением, голосовая функция сохранена. Назогастральный зонд удалялся на 16–21-е сутки. После восстановления акта глотания все пациенты были деканюлированы.

**Выводы.** При неинвазивном поражении гортаноглотки возможно выполнение расширенных резекций гортани с резекцией тканей гортаноглотки. Использование мышечно-фасциального пекторального лоскута на сосудистой ножке для одномоментного восстановления пищеварительной функции и целостности структур гортани продемонстрировало хороший функциональный результат и значительно сократило сроки реабилитации пациентов.

## ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ШЕИ С ПОРАЖЕНИЕМ РОТОГОРТАНОГЛОТКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**Е. Н. Кузьмин, В. А. Кондратович, Т. А. Леонова,  
Е. С. Белопольская**

*Минский городской клинический онкологический центр,  
Минск, Республика Беларусь  
e-mail: enkuzmin1973@gmail.com*

**Введение.** Папиллярный рак щитовидной железы — наиболее распространенная эндокринная опухоль, которая ассоциируется с высокой выживаемостью. Распространенный инвазивный рак щитовидной железы, поражающий аэродигестивный тракт, встречается у 1–8 % пациентов и является маркером агрессивного поведения опухоли.

**Материалы и методы.** Пациентка К., 1960 г.р., госпитализирована в Минский онкологический центр с диагнозом: рак щитовидной железы, pT1N0M01 стадия; состояние после резекции правой доли щитовидной железы в 1983 г.; прогрессирование процесса в 2020 г.: метастазы папиллярного рака в лимфоузлах шеи справа с врастанием в глотку, метастазы в легкие (отказ от лечения 17.11.2020); дальнейшее прогрессирование опухолевого процесса той же локализации, 2-я клиническая группа. Объективно при поступлении: щитовидная железа оперирована; в ее проекции пальпаторно без опухолевых узлов; на боковой поверхности шеи справа конгломерат увеличенных лимфоузлов 12–14 см, плотной консистенции, ограниченно смещаемый,

распространяется в клетчатку подчелюстной и подбородочной областей, врастает в боковую стенку глотки на протяжении от уровня мягкого нёба до правого грушевидного синуса, суживая просвет глотки на 2/3. Правая половина гортани неподвижна, дыхание затруднено за счет экзофитного компонента опухоли, перекрывающего просвет гортани. Пациентке выполнено оперативное вмешательство в объеме: трахеотомия, расширенная операция Крайля справа с резекцией ветвей наружной сонной артерии, правой половины подъязычной кости, пластинки щитовидного хряща, тканей боковой стенки ротогортаноглотки, удаление остатков щитовидной железы; одномоментное восстановление просвета дыхательных и пищевода путей с использованием мышечно-фасциального пекторального лоскута на сосудистой ножке. Послеоперационное гистологическое заключение № 21/24: в остатках щитовидной железы без опухолевого роста; в лимфоузлах и участках гортаноглотки разрастания папиллярной карциномы щитовидной железы. Иммуногистохимия: Tg+, BRAF V600E+.

**Результаты.** Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением, пациентка деканюлирована. В послеоперационном периоде проведено 2 курса радиойодтерапии, отмечено уменьшение метастатических очагов в легких.

**Выводы.** Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует о том, что при определенных условиях возможно выполнение комбинированного оперативного вмешательства, направленного на сохранение жизненно важных структур и удовлетворительных функциональных результатов.

## ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ И ГЛОТКИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ЛЕТУЧИХ МАРКЕРОВ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ

Д.Е. Кульбакин<sup>1</sup>, Е.Л. Чойнзонов<sup>1</sup>, И.К. Федорова<sup>1</sup>,  
Е.А. Смолина<sup>1</sup>, Е.В. Обходская<sup>2</sup>, А.В. Обходский<sup>2</sup>,  
Е.О. Родионов<sup>1</sup>, Д.В. Подолько<sup>1</sup>, В.И. Сачков<sup>2</sup>,  
В.И. Чернов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», Томск;

<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск  
e-mail: kulbakin\_d@mail.ru

**Введение.** Требования, предъявляемые к скрининговым методам диагностики опухолевой патологии органов в области головы и шеи, побуждают онкологов и врачей диагностического звена к разработке и внедрению новых и эффективных методик раннего выявления злокачественных опухолей. Среди современных требований, предъявляемых к диагностическим

методам, можно выделить воспроизводимость, низкую стоимость исследования, максимальную независимость от человеческого фактора, а также возможность применения в общей лечебной сети врачами первичного звена (терапевтами, лор-врачами, стоматологами).

**Цель исследования** — изучение диагностической возможности сенсорного газоаналитического аппарата при исследовании образцов выдыхаемого газа, полученных у больных раком орофарингеальной области и гортани.

**Материалы и методы.** Объектами исследования являлись пробы выдыхаемого газа от 31 больного раком орофарингеальной области и гортани, а также 31 здорового добровольца. Предлагаемый метод основан на анализе проб выдыхаемого газа исследуемых лиц при помощи разработанного авторами диагностического прибора, основанного на детекции летучих соединений во вдыхаемом воздухе посредством набора полупроводниковых сенсоров с последующим нейросетевым анализом.

**Результаты.** По сигналам с данных сенсоров нейронная сеть проводила классификацию и выявление пациентов со злокачественными новообразованиями. Чувствительность и специфичность метода составили 67,74 и 87,1 % соответственно.

**Выводы.** Созданный газоаналитический сенсорный аппарат и метод диагностики опухолей орофарингеальной области и гортани посредством анализа выдыхаемого газа — доступный и дешевый диагностический этап, перспективный в отношении скрининговых обследований широких слоев населения с целью отбора лиц для комплексного обследования (эндоскопического, рентгенологического и морфологического) при выявлении подозрения на онкологический процесс.

*Результаты получены в рамках выполнения гранта Российского научного фонда (№ 23-15-00177, <https://rscf.ru/project/23-15-00177>).*

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА В СОВРЕМЕННОМ ПОДХОДЕ К КОМБИНИРОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ РТА

Д.Е. Кульбакин, Е.Л. Чойнзонов, В.О. Цхай,  
И.К. Федорова, Д.Ю. Азовская

НИИ онкологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», Томск  
e-mail: kulbakin\_d@mail.ru

**Введение.** Лечение больных раком языка и дна полости рта часто требует комбинированного подхода, где хирургическому этапу лечения отводится доминирующая роль с одномоментным реконструктивным компонентом.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 105 операций с реконструктивно-пластическим компонентом у больных плоскоклеточным раком языка и дна полости рта. По местной распространенности опухолевого процесса больные разделились следующим образом: Т2 – 33 (31,5 %), Т3 – 54 (51,5 %) и Т4 – 18 (17 %) больных. В качестве хирургического лечения глоссэктомия выполнена 35 (33,4 %) больным. В качестве реконструктивного материала использовались лоскуты: кожно-мышечный пекторальный лоскут – 11 (31,4 %), переднебоковой кожно-мышечный лоскут бедра (ALT) – 10 (28,6 %), медиальный перфорантный лоскут бедра (РАР) – 9 (25,7 %), малоберцовый кожно-костный лоскут – 5 (14,3 %). Резекция языка (в объеме 1/2–2/3) выполнена 70 (66,6 %) больным. В качестве реконструктивного материала использовались лоскуты: субментальный – 30 (42,6 %), кожно-мышечный пекторальный – 3 (4,3 %), кожно-фасциальный лучевой – 11 (15,8 %), кожно-фасциальный медиальный суральный – 7 (10 %), ALT-лоскут – 5 (7,2 %), и РАР-лоскут – 5 (7,2 %), малоберцовый кожно-костный лоскут – 9 (12,9 %).

**Результаты.** Выполнение реконструктивной операции не удлиняло время начала адьювантной терапии (в сроки от 14 до 29 дней). Стойкое и значимое нарушение формы реконструируемого языка и ухудшение функциональных результатов в сроки до 2 лет были отмечены при использовании перемещенных лоскутов, особенно при рецидивных опухолевых процессах. Локорегионарные рецидивы после глоссэктомии отмечены у 12 (34,3 %) больных; после резекции языка – у 12 (17,2 %). Осложнения после глоссэктомии были отмечены в 8 (22,9 %) случаях; после резекции языка – в 17 (24,9 %).

**Выводы.** Выполнение глоссэктомии в большем проценте случаев сопряжено с развитием локорегионарного прогрессирования без увеличения частоты послеоперационных осложнений по сравнению с резекцией языка. При реконструкции языка предпочтительно использование свободных ревааскуляризованных лоскутов.

## ОЦЕНКА РИСКА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ РОТОГЛОТКИ

**А.Ю. Мадаминов, Д.Ш. Полатова**

*Научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Ташкент, Республика Узбекистан;  
Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Республика Узбекистан  
e-mail: akhmad.madaminov@inbox.ru*

**Введение.** В настоящее время ряд крупных онкологических организаций и исследовательских групп пришли к выводу, что предраковых поражений в неб-

ной миндалине нет или их невозможно диагностировать, объясняя это уникальным гистологическим строением базальной мембраны лимфоэпителия. В этом контексте существует острая необходимость выявления признаков, свидетельствующих о будущем прогрессировании заболевания, в дополнение к персистенции вируса папилломы человека (ВПЧ) при оценке риска плоскоклеточной карциномы ротоглотки. Специфическое распознавание потенциально злокачественных заболеваний полости рта (ПЗЗПР) у пациентов с плоскоклеточной карциномой ротоглотки может предоставить новые предикторы, имеющие значение для раннего выявления и дальнейшей оценки клинических исходов заболевания.

**Цель исследования** – изучить взаимосвязи плоскоклеточной карциномы ротоглотки с клинически диагностированными потенциально злокачественными заболеваниями полости рта.

**Материалы и методы.** В исследование включены 62 пациента с плоскоклеточной карциномой ротоглотки Т1–4N0–3M0, получавшие лечение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии и его Ташкентском городском, Самаркандском областном филиалах в период с 2015 по 2020 г. С помощью иммуногистохимии исследовали экспрессию белков p16INK4a, PD-L1 и p53W/M (W – дикий тип; M – мутантный тип) в опухолевых образцах, фиксированных формалином и залитых в парафин. У этих пациентов оценивали естественное течение клинически диагностированных ПЗЗПР и их корреляцию по Пирсону с молекулярными маркерами.

**Результаты.** У 9,7 % (6/62) пациентов выявлены ПЗЗПР, а у 14,5 % (9/62) – папилломы полости рта. Все паттерны ПЗЗПР относятся к ВПЧ-отрицательной группе, а папилломы – к ВПЧ-положительной ( $p < 0,001$ ). ПЗЗПР имеют слабую положительную корреляцию с PD-L1 ( $p = 0,719$ ) и возрастом ( $p = 0,796$ ), умеренную положительную – с p53<sup>M</sup> ( $p = 0,251$ ) и мужским полом ( $p = 0,023$ ). Папиллома имеет сильную положительную корреляцию с положительным ВПЧ-статусом ( $p < 0,001$ ), умеренную положительную – с p53<sup>W</sup> ( $p = 0,002$ ) и слабую положительную корреляцию с мужским полом ( $p = 0,512$ ).

**Выводы.** Молекулярные aberrации, связанные с карциномой, могут возникать в любом месте клинически нормальной слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, помимо участков ПЗЗПР (феномен «изменение поля» или «полевая канцеризация»). Оценка экспрессии белков p16<sup>INK4a</sup>/PD-L1/p53<sup>W</sup>/p53<sup>M</sup> у лиц с высоким риском ПККР может помочь идентифицировать молекулярные предикторы, перекрестно-связанные с будущей карциномой.

## МИОЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ КАРЦИНОМА МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

У.К. Масникова, М.В. Мирочник, Т.Л. Манькова,  
И.И. Орлова

ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», Иркутск  
e-mail: mahonin1968@gmail.com

**Введение.** Миоэпителиальная карцинома – редкая опухоль малых слюнных желез, составляющая менее 1 % всех карцином слюнных желез. Считается опухолью с низкой степенью злокачественности по классификации ВОЗ 2022 г.

**Цель исследования** – изучение особенностей клинического течения, диагностики и лечения миоэпителиальной карциномы.

**Материалы и методы.** При поиске по базе PubMed, eLIBRARY найдено описание 70 клинических случаев миоэпителиальной карциномы малых слюнных желез. В Областном онкологическом диспансере (ООД) г. Иркутска по базе данных мы выявили только 2 случая миоэпителиальной карциномы малых слюнных желез с 2015 по 2025 г. Первая пациентка Б., 24 лет, обратилась в ООД г. Иркутска в 2017 г. с опухолью мягкого нёба, ретромаларной области слева. Выполнена биопсия, по патогистологическому заключению – миоэпителиальная карцинома. Установлен диагноз: рак малых слюнных желез мягкого нёба T3N0M0 III стадии, 2-я клиническая группа. Составлен комбинированный план лечения: дистанционная лучевая терапия (50 Гр) и хирургическое лечение (комбинированная резекция нёба, верхней и нижней челюстей). Далее пациентка наблюдалась в нашем онкодиспансере. Выполнено временное протезирование с закрытием дефекта мягкого нёба для восстановления полноценного питания через рот. Позже в университете им. И.М. Сеченова выполнено реконструктивное лечение. В 2019 г. выявлен метастаз в левую молочную железу (хирургическое лечение), в декабре 2020 г. – метастаз в переднюю брюшную стенку (хирургическое лечение). Выполнено генетическое исследование – выявлена реаранжировка гена *EWS1*. Назначена химиотерапия. В мае 2022 г. – циторедуктивное удаление опухоли брюшной полости. Смерть в ноябре 2022 г. от диссеминации процесса по брюшной полости.

Второй пациент П., 48 лет, обратился в 2022 г. в ООД г. Иркутска с опухолью твердого нёба. Выставлен диагноз: рак твердого нёба T4N0M0 IV стадии, 4-я клиническая группа. Проведены хирургическое лечение (резекция верхней челюсти) и дистанционная лучевая терапия (60 Гр). В 2024 г. выявлен метастаз в щитовидную железу. Хирургическое лечение: тиреоидэктомия. Наблюдается по настоящее время, данных о наличии рецидива и метастазирования не выявлено.

**Результаты и выводы.** Учитывая небольшое количество наблюдений миоэпителиальной карциномы малых слюнных желез, разнообразное клиническое течение, описанные случаи иллюстрируют сложности диагностики и выбора лечебной тактики у данной категории пациентов.

## ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЗАКРЫТИЮ ОБШИРНЫХ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ В ОНКОХИРУРГИИ ГОЛОВЫ, ШЕИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕРМАЛЬНО-ЭПИДЕРМАЛЬНОГО БИОЭКВИВАЛЕНТА

А.А. Махонин, О.И. Каганов, М.М. Бондаренко,  
А.В. Алексеева

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Самара  
e-mail: mahonin1968@gmail.com

**Введение.** Дермоэпидермальные биоэквиваленты нашли широкое применение для имплантации на обширные пострезекционные дефекты кожи и мягких тканей в онкохирургии головы, шеи у пациентов с критическим общим состоянием здоровья и у пациентов, где закрытие пострезекционного дефекта невозможно без применения сложных микрохирургических технологий.

**Цель исследования** – провести ретроспективную оценку своего опыта использования дермально-эпидермального биоэквивалента и определить наиболее подходящие клинические показания для его использования.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 29 пациентов со злокачественными опухолями кожи, которые получали лечение в онкологическом отделении опухоли головы, шеи ГБУЗ СОКОД в период с ноября 2022 по декабрь 2024 г. Пациентам после хирургического иссечения опухолей кожи на реконструктивно-пластическом этапе операции с целью временного закрытия пострезекционного дефекта и формирования дермы был имплантирован на образовавшуюся рану дермально-эпидермальный биоэквивалент Nevelia® (Невелия): в зону Н – 15 пациентам, в зону М – 10 пациентам, в зону L – 4 пациентам.

Через 21–35 дней выполнялась стабильная пластика с помощью расщепленного кожного аутооттрансплантата, на данные участки накладывался ультратонкий расщепленный кожный аутооттрансплантат 0,1 мм (2 пациентам), 0,2 мм (22 пациентам), 0,3 мм (3 пациентам), 0,5 мм (2 пациентам). Пациенты находились под наблюдением от 2 до 24 мес (в среднем 10,5 мес). У всех 29 пациентов авторами получено 100 % приживление дермально-эпидермального биоэквивалента. Имело место 1 осложнение, не связанное с использованием



дермально-эпидермального биоэквивалента – делирий в раннем послеоперационном периоде у возрастного пациента 92 лет.

**Результаты.** Дермоэпидермальный биоэквивалент Nevelia® (Невелия) оказался удобным и универсальным реконструктивным материалом, обеспечивающим эффективное решение клинических проблем, выражающееся в значительном упрощении и ускорении реконструктивно-пластического этапа, последующего после выполнения резекционного этапа операции, а также уменьшении развития отдаленных послеоперационных рубцовых деформаций как в зоне операции, так и в донорских зонах.

**Выводы.** Дермоэпидермальный биоэквивалент Nevelia® (Невелия) может использоваться для закрытия послеоперационного дефекта, сопровождающегося глубокой потерей мягких тканей, и для закрытия обнаженной кости без надкостницы.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОПУХОЛИ НОСОГЛОТКИ С НЕТИПИЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ

**С.В. Мовергоз, Ф.А. Субхангулов, А.Д. Минниаров,  
А.Е. Алалыкин**

*Центр отоларингологии, хирургии головы и шеи  
ООО «АГ Фабер Денталлант», Уфа  
e-mail:almazymeda@gmail.com*

**Введение.** Диагностика и лечение новообразований носоглотки являются актуальной проблемой в отоларингологии и онкологии из-за сложности анатомии данного органа. Причем сложности в лечении опухолей данной локализации возникают как при доброкачественных, так и при злокачественных формах опухолей.

**Цель исследования** – оценить опыт лечения доброкачественной опухоли носоглотки с нетипичной локализацией.

**Материалы и методы.** Пациентка Б., 70 лет, направлена онкологом на консультацию в клинику с диагнозом «новообразование носоглотки». Предъявляла жалобы на затруднение носового дыхания в течение нескольких лет. Новообразование выявлено при проведении фибробронхоскопии в другом ЛПУ по поводу хронической обструктивной болезни легких. Гистологическая верификация от 27.09.2024. № 8893-4: онкоцитарная синоназальная папиллома. При осмотре, ригидной и фибровидеоэндоскопии выявлены выраженная деформация перегородки носа влево, новообразование 3,0 × 2,5 см, округлой формы, на широком основании, с четкими контурами, исходящее из средних отделов задней поверхности мягкого нёба слева, нижний край опухоли не визуализируется. Лимфоузлы шеи при пальпации не увеличены. По данным МРТ

носа и глотки инвазии опухоли в соседние структуры не выявлено. 11.11.2024 под эндотрахеальным наркозом проведена операция. С целью подъема мягкого нёба выполнена плотная тампонада ротоглотки. Первым этапом для осуществления полноценной трансназальной визуализации и доступа выполнена септопластика. Под видеоэндоскопическим контролем с использованием угловой оптики техникой «в четыре руки» радиоволновым скальпелем иссечена опухоль, исходящая из задней поверхности мягкого нёба, в пределах визуально здоровых тканей, кровоточивость умеренная, остановлена биполярной коагуляцией. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 2-е сутки после операции. Послеоперационное морфологическое исследование операционного препарата совпадает с предоперационным.

**Результаты.** В течение 3 мес наблюдения в послеоперационном периоде у пациентки отмечено восстановление носового дыхания, рецидива опухоли не обнаружено.

**Выводы.** Удаление опухоли носоглотки, исходящей из мягкого нёба, возможно трансназальным эндоскопическим способом, без необходимости палатоувулотомии.

## ОПТИМАЛЬНЫЙ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛЯРНОЙ МИКРОКАРЦИНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Г.В. Набиева**

*Национальный центр онкологии Азербайджана, Баку,  
Республика Азербайджан  
e-mail: gulnar.nebiyeva.1998@mail.ru*

**Введение.** Наблюдается возрастающая тенденция заболеваемости раком щитовидной железы, что обусловлено, прежде всего, повышением выявляемости папиллярной микрокарциномы щитовидной железы. Несмотря на благоприятный прогноз заболевания, остаются дискуссии относительно оптимальной хирургической тактики, включающей гемитиреоидэктомию, тотальную тиреоидэктомию и завершающую тиреоидэктомию после первичного вмешательства (гемитиреоидэктомию) при подтверждении диагноза.

**Цель исследования** – оценка прогноза пациентов с папиллярной микрокарциномой щитовидной железы после различных хирургических вмешательств и определение оптимального алгоритма лечения.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ клинических данных пациентов с подтвержденным диагнозом «папиллярная микрокарцинома щитовидной железы», получавших лечение в Национальном онкологическом центре Азербайджана в период с 2019 по 2024 г. Исследуемая когорта была разделена на

2 группы: группа А – пациенты, перенесшие тотальную тиреоидэктомию ( $n = 136$ ), группа В – пациенты, которым выполнена гемитиреоидэктомия ( $n = 59$ ). Динамическое наблюдение осуществлялось посредством регулярных клинических осмотров и ультразвуковой диагностики шейных структур.

**Результаты.** В группе А рецидив заболевания в шейных лимфатических узлах был выявлен у 1 (0,7 %) пациента, что потребовало проведения повторного хирургического вмешательства. В группе В у 9 (15,2 %) пациентов после гистопатологического подтверждения папиллярной микрокарциномы выполнена завершающая тиреоидэктомия, а у 1 (1,7 %) пациента через 2 года после первичного вмешательства диагностирован рецидив в контралатеральной доле щитовидной железы. Мультифокальность опухолевого процесса была обнаружена у 29 (21,3 %) пациентов группы А и у 1 (1,7 %) пациента группы В, при этом в последней наблюдалась односторонняя локализация поражения.

**Выводы.** Полученные данные не подтверждают необходимость рутинного применения тотальной тиреоидэктомии при лечении папиллярной микрокарциномы щитовидной железы, что соответствует современным клиническим рекомендациям для пациентов с «низким риском». Гемитиреоидэктомия представляется предпочтительным хирургическим методом, позволяющим снизить риск послеоперационных осложнений без ущерба для показателей рецидивов и общей выживаемости. Таким образом, менее агрессивный подход с тщательным предоперационным отбором пациентов может способствовать оптимизации клинических исходов при папиллярной микрокарциноме щитовидной железы.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ РАДИОФАРМПРЕПАРАТОВ СЕНТИСКАН И ТЕХНЕФИТ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ

К.В. Никульников<sup>1</sup>, С.Ю. Чижевская<sup>1,2</sup>, В.И. Чернов<sup>1</sup>,  
Л.В. Спирина<sup>1,2</sup>, В.А. Богданова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Томский национальный исследовательский  
медицинский центр РАН», Томск;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Томск  
e-mail: kast10sha91@mail.ru

**Введение.** Меланома кожи представляет собой одну из самых сложных проблем в современной онкологии ввиду ее агрессивного течения, развития быстрого как лимфогенного, так и гематогенного метастазирования, что приводит к низкой выживаемости. В РФ регистрируется неуклонный рост заболеваемости за

последние 10 лет с 46,6 случая на 100 тыс. населения в 2010 г. до 69,1 случая на 100 тыс. населения в 2020 г. Показатель смертности в РФ варьирует от 2,7 до 3,5 %, в последнее время отмечается медленный рост смертности от вышеуказанного заболевания. В связи с этим необходима разработка способов выявления показаний и ранних неблагоприятных факторов риска прогрессирования для проведения адьювантного лечения.

**Цель исследования** – провести сравнительный анализ эффективности определения сторожевых лимфатических узлов с использованием меченного технецием-99 гамма-оксида алюминия и фитатного коллоида.

**Материалы и методы.** В исследование включены 40 пациентов с диагнозом «меланома кожи T1a–T4bN0M0», которым проведено хирургическое лечение в объеме широкого иссечения опухоли с интраоперационной детекцией сторожевого лимфатического узла. Они были разбиты на 2 подгруппы по 20 человек. В группу включались пациенты в возрасте 18–70 лет, подписавшие добровольное информированное согласие, имеющие ECOG статус 0–1, с отсутствием иных злокачественных новообразований. Всем пациентам проведены дооперационная и интраоперационная детекции сторожевого лимфатического узла, а также широкое иссечение опухоли с пластикой местными тканями.

**Результаты.** При анализе полученных данных отмечена более высокая эффективность препарата Сентискан в сравнении с препаратом «золотого стандарта» Технефит.

Отмечено, что в 100 % случаев препарат Сентискан накапливался в сторожевом лимфатическом узле ( $n = 20$ ), в сравнении с препаратом Технефит – 60 % случаев миграции препарата в сторожевой лимфатический узел ( $n = 20$ ). При анализе данных отмечено вторичное поражение сторожевого лимфатического узла у 5 (25 %) пациентов при использовании препарата Сентискан, а также у 1 (5 %) пациента при использовании препарата Технефит.

**Выводы.** Апробирована методика детекции сторожевого лимфатического узла с препаратом Сентискан для больных меланомой кожи. Доказана более высокая специфичность препарата Сентискан для детекции сторожевого лимфатического узла при меланоме кожи в сравнении с препаратом Технефит.

## КАРТИРОВАНИЕ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ РАКЕ ЯЗЫКА СТ1N0M0 РАДИОЛИМФОСЦИНТИГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

С.В. Осокин<sup>1</sup>, Ш.И. Мусин<sup>1,2</sup>, Н.А. Шарафутдинова<sup>1</sup>,  
В.В. Ильин<sup>1</sup>, Т.Р. Баймуратов<sup>1</sup>, М.Р. Шафикова<sup>1</sup>,  
А.В. Султанбаев<sup>1</sup>, К.В. Меньшиков<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический  
диспансер» МЗ Республики Башкортостан, Уфа;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский  
университет» МЗ России, Уфа  
e-mail: Osokinsv@yandex.ru

**Введение.** По данным международного агентства по изучению рака и ВОЗ, ежегодно регистрируется около 350 тыс. случаев рака полости рта, при этом около 150 тыс. пациентов ежегодно погибают. Одним из ключевых прогностических факторов является стадия по категории N. Даже при стадии cT1–2 частота субклинического метастазирования варьирует от 10,5 до 38,5 %. Выполнение процедуры биопсии сторожевого лимфатического узла при ранних стадиях рака языка позволяет определить статус N.

**Цель исследования** – определить эффективность лимфосцинтиграфии сторожевого лимфатического узла при раке языка T1N0M0

**Материалы и методы.** Проведено определение сторожевого лимфатического узла 30 пациентам раком языка стадии cT1N0M0 в 2018–2023 гг. Сторожевой лимфатический узел определялся радиолимфосцинтиграфическим методом путем перитуморального введения радиофармпрепарата Технефит в дозе от 40 до 80 МБк (15 пациентам) и препаратом Нанотоп (15 пациентам) в день операции. Регистрация сторожевого лимфатического узла проводилась методом ОФЭКТ и ОФЭКТ-КТ. Интраоперационно сторожевой лимфатический узел идентифицирован с помощью гамма-зонда GammaFinder II.

**Результаты.** При раке языка сторожевой лимфатический узел выявлен у 100 % пациентов. Всего при раке языка было обнаружено 26 сторожевых лимфатических узлов, из них по 1 – у 12 пациентов, по 2 – у 14 пациентов, по 3 – у 3 пациентов. В среднем у 1 пациента было выделено 1,76 сторожевых лимфатических узлов. При этом среднее количество выделенных сторожевых лимфатических узлов различалось в зависимости от используемого радиофармпрепарата (Технефит, Нанотоп). В группе, где использовался Технефит, среднее количество сторожевых лимфатических узлов на пациента составило 1,86, а в группе, где применялся Нанотоп, – 2,33. Такая разница может быть объяснена преимуществом радиоколлоидов с размером частиц менее 100 нм за счет их большей диффузионной способности.

У 20 % пациентов были выявлены метастазы рака в сторожевые лимфатические узлы. Ложноотрицательный результат зарегистрирован у 3 (10 %) пациентов. Наиболее часто сторожевой лимфатический узел был выявлен во 2-м уровне – 56 %, в 1-м уровне – 32 %, в 3-м уровне – 14 % случаев.

Были проанализированы осложнения данной методики выявления сторожевого лимфатического узла. Так, осложнение было зафиксировано в 2 (6 %) случаях: 1 случай пареза краевой ветви лицевого нерва и 1 – гематома области послеоперационной раны.

**Выводы.** Радиолимфосцинтиграфический метод картирования сигнальных лимфоузлов при раке полости рта является информативным методом их выявления. Радиофармпрепараты с малым диаметром частиц коллоида (менее 100 нм) имеют преимущества в детекции сторожевого лимфатического узла и соответствуют международным протоколам его биопсии.

## ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ЛИЦ С НЕОПЛАЗИЯМИ ПОЛОСТИ РТА

И.О. Походенько-Чудакова, В.В. Лебедева

УО «Белорусский государственный медицинский  
университет», Минск, Республика Беларусь  
e-mail: ip-c@yandex.ru

**Введение.** Неоплазии слизистой оболочки полости рта являются наиболее часто констатируемыми злокачественными поражениями головы и шеи. При этом диагностика соматических заболеваний, в том числе злокачественных новообразований, по показателям ротовой жидкости относится к одним из приоритетных направлений научных исследований в медицине. Микрорекристаллизация – один из информативных показателей ротовой жидкости, в том числе при злокачественных опухолях челюстно-лицевой области и шеи. Однако в специальной литературе нет сведений об использовании морфометрических показателей ротовой жидкости для определения малигнизации предраковых поражений слизистой оболочки полости рта.

**Цель исследования** – изучить морфометрические показатели ротовой жидкости у лиц с предраковыми поражениями слизистой оболочки полости рта и пациентов со злокачественными неоплазиями полости рта и ротоглотки.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 56 человек 18–56 лет, которых разделили на 3 группы: 1 – 26 пациентов со злокачественным образованием слизистой оболочки полости рта; 2 – 20 человек с предраковым поражением; 3 (контрольная) – 10 здоровых лиц. Показатель микрорекристаллизации ротовой жидкости определяли по И.О. Походенько-Чудаковой и соавт. (2011). В краевой зоне препаратов ротовой

жидкости определяли концентрические полосы, трещины, участки пигментации по методике Н.В. Булкиной и соавт. (2015). Данные обрабатывали статистически.

**Результаты.** Показатель микрокристаллизации группы 1 составил 3,0 (2,8–3,0), группы 2 – 2,7 (2,5–2,8), контрольной группы – 1,6 (1,4–2,1). Результаты групп 1 и 2 по критерию Краскела–Уоллиса ( $H = 11,1$ ,  $p = 0,001$ ) были достоверно различны с контролем ( $z_{1-3} = 2,99$ ,  $p = 0,000$ ) и ( $z_{2-3} = 2,89$ ,  $p = 0,001$ ) соответственно. Имело место достоверное различие при сравнении по критерию Краскела–Уоллиса результатов групп 1 и 2 ( $z_{1-2} = 2,76$ ,  $p = 0,02$ ).

У пациентов группы 1 доля и число концентрических полос составили 96 % (25), трещин – 73 % (19), участков пигментации – 29 % (10); группы 2 – 85 % (17), 60 % (12) и 20 % (4) соответственно. В группе 3 препараты имели узкую «пустую» краевую зону.

**Выводы.** Результаты демонстрируют, что морфометрические показатели могут быть применены для дополнительной диагностики при выявлении малигнизации у пациентов с предраковыми поражениями слизистой оболочки полости рта.

## АГРЕССИВНЫЙ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ: ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

С.Г. Приходько, И.А. Матвеева, С.Г. Петровский, И.Е. Петровская

Автономная некоммерческая организация «Медицинский центр ЕленаКэнтон», Санкт-Петербург  
e-mail: docpsg@mail.ru

**Введение.** С одной стороны, базальноклеточный рак кожи в большинстве случаев относится к медленно растущей злокачественной опухоли. С другой стороны, известно, что базалиома кожи очень опасна при быстрым росте новообразования в местах естественных отверстий на лице: например, в области глазницы, носа и ушной раковины. Агрессивную базалиому, плохо поддающуюся лучевому и хирургическому лечению, часто рецидивирующую, называют *ulcus terebrans* (язва глубокопроникающая).

**Материалы и методы.** У больного, 83 лет, имеется базальноклеточный рак, прорастающий сквозь все слои нижнего века в средней и латеральной трети и наружного угла глаза, с экзофитным ростом со стороны слизистой нижнего века. Сделана криодеструкция новообразования. Пациент удовлетворен функциональным состоянием нижнего века и косметическим результатом лечения.

У больного, 48 лет, имеется базальноклеточный рак кожи нижнего века, внутреннего угла глаза, верхнего века. Больному одновременно проведены рентгенотерапия и криодеструкция опухоли. Во время лечения

перерывов для купирования влажного лучевого дерматита не было. Функциональное состояние – открывание и закрывание век полное, выворота век нет.

У больной, 52 лет, имеется базальноклеточный рак кожи височной области с переходом на ушную раковину и прорастанием в ткани верхней трети ушной раковины. Пациентке одновременно проведены рентгенотерапия и криодеструкция опухоли.

У больной, 78 лет, имеется базосквамозный рак кожи подглазничной области, верхней губы и перегородки носа, сквозной изъян крыла носа и боковой поверхности носа. Больной проведена криодеструкция опухоли. Пациентка удовлетворена проведенным лечением.

**Выводы.** Криодеструкция является методом выбора при лечении агрессивного базальноклеточного рака кожи и может успешно применяться в сочетании с лучевым методом лечения.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАДИОУДРЕЗИСТЕНТНОГО ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

А.М. Рахманкулова

Кафедра клинической онкологии и ядерной медицины им. проф. Д.Р. Мусинова, НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Республика Казахстан  
e-mail: dana77792@mail.ru

**Введение.** По данным всемирной статистики GLOBOCAN за 2022 г., рак щитовидной железы занимает 7-е место среди наиболее распространенных форм рака на глобальной арене. Лечение высокодифференцированного рака щитовидной железы с использованием радиоактивного йода эффективно ликвидирует остатки тиреоидной ткани и потенциальные опухолевые очаги, которые накапливают I131. Стоит отметить, что у некоторых пациентов может наблюдаться прогрессирование болезни даже при осуществлении лечения. Радиойодрезистентный дифференцированный рак щитовидной железы представляет собой сложное злокачественное заболевание с ограниченными вариантами лечения, что делает раннюю диагностику ключевым приоритетом для врачей.

**Цель исследования** – изучить клинические особенности радиойодрезистентности у пациентов с высокодифференцированным раком щитовидной железы.

**Материалы и методы.** Дизайн исследования – ретроспективное исследование. Сформирована база данных пациентов, получивших курс лечения в отделении радионуклидной терапии Центра ядерной медицины и онкологии УЗ области Абай в период с января по

декабрь 2023 г. С помощью программы Epi Info v5.5.15 была отобрана репрезентативная выборка из 229 пациентов. Данная выборка обладает высокой достоверностью (97 %) при ожидаемой частоте 50 % и допустимой погрешности 5 %.

**Результаты.** В рамках исследования проанализированы данные 229 пациентов, среди которых у 22 (9,4 %) человек были признаки рефрактерности к радиоiod-терапии. В результате 4,5 % пациентов не показали поглощения радиоактивного йода в зонах регионарных рецидивов. У 81 % пациентов наблюдалось структурное прогрессирование опухоли в течение 12–16 мес после проведенной терапии, несмотря на наличие йода, выявленного в последующих сканированиях. Также 9 % пациентов продемонстрировали наличие опухоли после радиоiodтерапии активностью 600 МКи и более, но без признаков ремиссии. Кроме того, 4,5 % случаев показали несоответствие между накоплением I131 по результатам ОФЭКТ/КТ с радиоактивным йодом и ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ.

**Выводы.** Описанные данные важны для стратификации риска опухолей и оценки радиоiodрезистентности. Важно продолжать исследования, направленные на изучение резистентности пациентов к радиоiodтерапии, чтобы прояснить влияние генетических факторов на ответ терапией I131. Последующие исследования указанных показателей остаются актуальными и требуют углубленного анализа.

## ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АКЦЕНТ НА ГРУППЕ ПРОМЕЖУТОЧНОГО РИСКА РЕЦИДИВА

М.В. Рейнберг<sup>1</sup>, К.Ю. Слащук<sup>1</sup>, М.С. Шеремета<sup>1</sup>,  
Р.А. Черников<sup>2</sup>, Е.А. Трошина<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр  
эндокринологии» Минздрава России, Москва;

<sup>2</sup>ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
университет», клиника высоких медицинских технологий  
им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербург  
e-mail: mreinberg911@gmail.com

**Введение.** Дифференцированный рак щитовидной железы характеризуется благоприятным прогнозом с 10-летней выживаемостью более 90 %, однако тактика ведения пациентов, особенно в группе промежуточного риска, остается предметом активных дискуссий. Назначение комбинированного лечения (терапии радиоактивным йодом) абсолютно показано пациентам группы высокого риска рецидива, повышая безрецидивную выживаемость, однако в случае промежуточного риска решение принимается индивидуально. На данный момент известно, что применение радиоактив-

ного йода сопряжено с потенциальными осложнениями, что в последующем может привести к значительному психоэмоциональному дискомфорту пациентов, снижая их качество жизни. Актуальными остаются задача минимизировать избыточное лечение, взвешивая риски и пользу в отношении онкологических результатов, а также поиск предикторов, обосновывающих назначение радиоiodтерапии в индивидуальном режиме.

**Цель исследования** – персонализировать подход к проведению терапии радиоактивным йодом у пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы групп высокого и промежуточного риска.

**Материалы и методы.** На базе ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» и КВМТ им. Н.И. Пирогова было проведено проспективное двухцентровое исследование. Критерием включения пациентов являлись возраст от 18 до 65 лет, подписанное информированное согласие, отсутствие ранее проведенной радиоiodтерапии, семейного анамнеза дифференцированного рака щитовидной железы, облучения головы и шеи в анамнезе; оперативное лечение в объеме тиреоидэктомии с/без лимфодиссекции с подтвержденным патоморфологически дифференцированным раком щитовидной железы. Критериями исключения являлись добровольное выбывание пациента из исследования ввиду психологического статуса (неготовность продолжать наблюдение и приоритизация радикального лечения радиоактивным йодом вторым этапом после оперативного вмешательства), прохождение радиоiodтерапии в ином центре без согласования с исследователем, отказ в предоставлении результатов промежуточного наблюдения; выполнение исследований в сторонней лаборатории; выбор тактики лечения в сторонней организации; ограничение операции гемитиреоидэктомией с решением о дальнейшем наблюдении. Послеоперационная стратификация риска проводилась на основании критериев American Thyroid Association; в основе динамической стратификации использовался параметр тиреоглобулина (ТГ), антител к ТГ через 3 мес после хирургического лечения. При значениях ТГ <0,2 нг/мл и отсутствии структурных изменений на УЗИ пациент реклассифицировался в группу низкого риска рецидива; при ТГ 0,2–1,0 нг/мл со стабильным его снижением в динамике и/или отсутствии роста, а также изменений на УЗИ пациент оставался в группе промежуточного риска с пометкой «стабилизация», что позволяло избежать излишней радиоiodтерапии. Пациенты с ТГ >1 нг/мл в результате первичного или динамического контроля, направлялись на последующее лечение радиоiodтерапией. Решение о проведении радиоiodтерапии основывалось на данных ТГ, психологическом статусе пациента, данных УЗИ ложа щитовидной железы и КТ органов грудной клетки. Пациентам с ТГ в районе 0,2–1 нг/мл при наличии сопутствующих факторов

риска проводилось дальнейшее лечение с лечебно-диагностической целью (радиойодаблация)

**Результаты.** В исследование первично включены 84 пациента: 15 – были исключены из исследования с учетом вышеописанных критериев исключения, 69 (20 мужчин, 49 женщин) – вошли в дальнейшее исследование. 24 (34,8 %) пациента были перераспределены в изначальную группу высокого риска рецидива, 45 (65,2 %) – в группу промежуточного риска рецидива. Пройдя первичное обследование на предмет биохимической и структурной ремиссии у пациентов группы промежуточного риска, а также после первичного обследования после радиойодтерапии у пациентов высокого риска группы были перераспределены следующим образом: 16,7 % пациентов группы высокого риска рестратифицированы (3 – в группу промежуточного риска при неполной биохимической ремиссии, 1 – в группу низкого риска с достижением полной ремиссии); 15,6 % ( $n = 7$ ) пациентов группы промежуточного риска рестратифицированы в группу низкого риска рецидива и достигли ремиссии без проведения радиойодтерапии. Всего 12 (26,7 %) пациентов группы промежуточного риска были пролечены радиоактивным йодом, еще 25 пациентов оставались стабильны, несмотря на недостижение полной биохимической ремиссии (ТГ 0,2–1,0) и продолжили активное динамическое наблюдение. Среди предикторов, влияющих на приоритет в пользу назначения радиойодтерапии в группе промежуточного риска, являлся ТГ.

У пациентов группы промежуточного риска рецидива дифференцированного рака щитовидной железы средний уровень ТГ через 3 мес после операции в группе, получившей радиойодтерапию, составил 1,51 нг/мл (медиана 0,6 нг/мл (IQR: 0,3–1,88)), что в 5,4 раза выше, чем в группе без радиойодтерапии (0,28 нг/мл, медиана 0,2 нг/мл (IQR: 0,04–0,32)), что являлось статистически значимым различием ( $p = 0,02$ , критерий Манна–Уитни).

**Выводы.** Результаты исследования подчеркивают важную роль динамического биохимического мониторинга на основании комплексных данных лабораторно-инструментальных исследований в персонализации терапии радиоактивным йодом в группе промежуточного риска рака щитовидной железы, а также динамического наблюдения после проведенного комбинированного лечения в группах высокого и промежуточного рисков рецидива. Комплексный анализ параметров через 3 мес после хирургического лечения позволяет отложить и/или избежать назначение радиойодтерапии до 73,3 % в группе промежуточного риска рецидива.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ УВЕАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

С.В. Саакян<sup>1,2</sup>, А.Ю. Цыганков<sup>1,2</sup>, Е.Б. Мякошина<sup>1,2</sup>, И.В. Свирина<sup>1</sup>, В.И. Логинов<sup>3</sup>, А.М. Бурденный<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца»

Минздрава России, Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»

Минздрава России, Москва;

<sup>3</sup>ФГБУН «НИИ общей патологии и патофизиологии», Москва  
e-mail: myakoshina@mail.ru

**Введение.** Увеальная меланома является наиболее распространенной первичной внутриглазной злокачественной опухолью у взрослых. Предрасполагающие факторы риска развития увеальной меланомы включают воздействие окружающей среды и генетические мутации (например, *GNAQ*, *GNA11*, *BAP1*, *CYSLTR2*, *PLCB4*). Невусы хориоидеи являются потенциальными предшественниками увеальной меланомы. Мутации *GNAQ/11* также были обнаружены при невусах хориоидеи, что позволяет предположить, что такие мутации могут быть необходимыми, но недостаточными для злокачественной трансформации. Выявлены важные прогностические факторы метастазирования, такие как хромосомные аномалии, определяемые цитогенетическими методами, профилирование экспрессии генов и наличие мутаций *BAP1* с потерей функции белка. Однако биопсии тканей, помимо инвазивности, дают статичную картину опухоли, игнорируя пространственную и временную гетерогенность, и не позволяют исследовать диссеминированное заболевание, циркулирующие опухолевые клетки или микрометастазы. Жидкостная биопсия – это минимально инвазивный подход для выявления и мониторинга прогрессирования заболевания, рецидивов и ответа на лечение путем оценки характеристик опухоли с помощью различных биологических жидкостей. Ранее в ряде работ нами проведен анализ возможности выявления специфических мутаций в крови больных с начальной увеальной меланомой и невусами хориоидеи, однако исследования проведены на ограниченном количестве пациентов и нуждаются в дополнении и расширении.

**Цель исследования** – анализ частоты мутаций в генах *GNAQ/GNA11* в циркулирующей опухолевой ДНК и генотипов полиморфного маркера *C3435T* гена *ABCB1* на большой выборке пациентов с внутриглазными меланоцитарными новообразованиями.

**Материалы и методы.** В рамках открытого проспективного исследования в период 2015–2022 гг. обследованы 272 пациента с внутриглазными меланоцитарными новообразованиями. Женщины составили 68,8 % ( $n = 187$ ), мужчины – 31,2 % ( $n = 85$ ). Возраст пациентов

общей когорты варьировал от 28 до 87 (в среднем  $58,3 \pm 12,6$ ) лет. Пациенты разделены на исследуемые группы в зависимости от характера опухолевого очага: группа I ( $n = 141$ ) – меланомы хориоидеи, группа II ( $n = 67$ ) – прогрессирующие, группа III ( $n = 64$ ) – стационарные, невусы хориоидеи.

**Результаты.** В группе I хотя бы одна мутация в генах *GNAQ/GNA11* выявлена у 134 (95,0 %) пациентов, из них 2 мутации – у 35 (24,8 %), 3 мутации – у 16 (11,3 %) пациентов. В группе II одна мутация выявлена у 49 (73,1 %) больных, 2 мутации – у 3 (4,5 %). В группе III одна мутация в генах *GNAQ/GNA11* выявлена у 13 (20,3 %) больных. При сравнении общей частоты мутаций в генах *GNAQ/GNA11* в группах I и II получены значимые различия ( $OR = 7,03$  (2,77 до 17,86),  $F = 0,000015$ ,  $\xi^2 = 20,6$ ), при этом в группе I мутации определяли в 95 % случаев, а в группе II – в 73,1 %. Значимые различия получены и при сравнении частоты исследуемых мутаций в группах I и III ( $OR = 75,1$  (28,36 до 198,86),  $F = 0,0000001$ ,  $\xi^2 = 121,15$ ) при частоте мутаций в группе III 20,3 %. В группе II частота мутаций в генах *GNAQ/GNA11* значимо выше, чем в группе III ( $OR = 10,68$  (4,73 до 24,1),  $F = 0,0000001$ ,  $\xi^2 = 36,64$ ). Частота гетерозиготных мутаций во всех 4 экзонах в группе I значимо выше, чем в группах II и III, за исключением гена *GNAQ183* при сравнении групп I и II. В группе II гетерозиготные мутации во всех 4 экзонах определяли значимо чаще, чем в группе III. Гомозиготные мутации находили только у пациентов группы I, однако несмотря на это, значимых различий при сравнении с другими исследуемыми группами не выявлено. В группе I частота генотипа CC полиморфного маркера C3435T гена *ABCB1* была значимо меньше по сравнению с группой II, а частота генотипа CT – значимо больше по сравнению с группой II.

**Выводы.** В настоящей работе обобщен опыт молекулярно-генетических исследований у 272 пациентов с внутриглазными меланоцитарными новообразованиями. Показана прямая зависимость частоты выявления мутаций в генах от размеров и характера опухолевого очага. Полученные результаты позволяют проводить как скрининг пациентов из групп риска, так и дифференцировать больных в зависимости от размеров и характера опухолевого очага.

## ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ T1–T2

К.А. Сайдалиева, П.И. Спирин

Медицинский радиологический научный центр  
им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»  
Минздрава России, Обнинск  
e-mail: kar.sai@mail.ru

**Введение.** Основными методами лечения рака гортани T1–T2 являются лучевая терапия и резекция гортани. В случае наличия микроскопической остаточной опухоли в крае резекции при возможности проводится ререзекция, если данный вариант невозможен – адьювантная лучевая терапия. Однако у данных методов лечения вероятны осложнения, в связи с чем появляется необходимость в более органосохраняющем подходе.

**Цель исследования** – оптимизация органосохраняющего лечения ранних форм рака гортани и снижение частоты локальных рецидивов.

**Материалы и методы.** Фотодинамическая терапия – это минимально инвазивная терапевтическая процедура, которая может оказывать избирательное цитотоксическое действие на злокачественные клетки за счет образования фотодинамической реакции, в ходе которой образуются активные формы кислорода. Для повышения уровня абластики в МРНЦ им. А.Ф. Цыба разработан метод интраоперационной фотодинамической терапии в качестве дополнительного локорегионарного воздействия на область операционного поля.

В ходе хирургического вмешательства на этапе иссечения опухоли на ее ложе проводили сеанс фотодинамической терапии с помощью раствора фотосенсибилизатора хлоринового ряда Фотолон, предварительно введя его в кубитальную вену за 3 ч до операции. Одновременно производилось лазерное облучение посредством аппарата «Латус 0,4».

С целью оценки результатов ретроспективно были набраны 2 группы: лучевая терапия и хирургическое лечение в объеме резекции гортани в самостоятельных вариантах. Исследуемая группа состояла из 75 пациентов, перенесших резекцию гортани с интраоперационной фотодинамической терапией.

**Результаты.** Безрецидивная выживаемость в исследуемой группе в течение первого года наблюдения составила 98 %, в течение 2 лет – 94 %. Общая двухлетняя выживаемость в исследуемой группе составила 100 %. Однолетняя выживаемость при интраоперационной фотодинамической терапии составила 98 %, при резекции гортани – 93 %, при лучевой терапии – 90 %; двухлетняя выживаемость – 94, 90 и 82 % соответственно. По данным морфологического исследования обнаружили 11 пациентов с положительным хирургическим краем резекции, которых оставили под

динамическим наблюдением, в связи с уже проведенной комбинацией из резекции гортани и фотодинамической терапии. Прогрессирование опухолевого процесса зарегистрировано лишь у двух пациентов: по одному на первом и втором годах наблюдения после лечения.

**Выводы.** Интраоперационная фотодинамическая терапия позволяет добиться высоких результатов онкологической безрецидивной выживаемости и повышает абластичность органосохраняющих операций.

## НОВЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОТСРОЧЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ФАРИНГОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.О. Сидоренко, О.И. Каганов, А.Е. Орлов,  
А.А. Махонин

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет», Самара;

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Самара

e-mail: alex11bahareva@gmail.com

**Введение.** Выявляемость рака гортани и гортанно-го отдела глотки на стадиях III и IV в 2023 г. составляла 67 и 85 % соответственно. Пациенты с распространенным процессом на первом этапе получают хирургическое лечение, которое приводит к нарушению непрерывности пищеварительных путей. Основной задачей реабилитации является восстановление дигестивного тракта после комбинированного лечения. Независимо от выбора реконструктивного материала и типа дефекта на этапе отсроченной реконструкции часто возникают послеоперационные осложнения.

**Цель исследования** — определить характер и частоту послеоперационных осложнений при отсроченной пластике дефекта глотки, а также факторы риска их возникновения у пациентов после комбинированного лечения по поводу распространенного рака гортани и гортаноглотки.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни пациентов, которым была проведена отсроченная реконструкция фарингоэзофагеальных дефектов после комбинированного лечения распространенного рака гортани и гортаноглотки. В исследование вошли пациенты с 0, I, II типами дефектов глотки. Для реконструкции применяли местные ткани, дельтопекторальный и пекторальный трансплантаты.

**Результаты.** При 0 типе дефекта глотки послеоперационные осложнения возникли в 11 % случаев. При I типе дефекта глотки лучшим реконструктивным

инструментом является пекторальный лоскут. При II типе дефекта процент послеоперационных осложнений практически 100 % при применении лоскутов на осевом кровоснабжении. На основании проведенных обследований выявлены факторы риска возникновения данных осложнений.

**Выводы.** К наиболее частым осложнениям относилось формирование свищей и рефарингостом. К факторам риска возникновения данных осложнений можно отнести постлучевые изменения, воспалительный процесс, ослабленный нутритивный статус, наличие интоксикации организма и сниженный уровень общего белка и альбумина. Алгоритм отбора пациентов к отсроченной пластике позволяет определить сроки и показания к отсроченной реконструктивной операции, а также снизить риск послеоперационных осложнений.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ P16 И PD-L1 ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ РОТОГЛОТКИ И CUP-СИНДРОМЕ

М.И. Соколова<sup>1</sup>, А.О. Гузь<sup>2</sup>, В.И. Павлова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ ТО «МКМЦ Медицинский город», Тюмень;

<sup>2</sup>Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины, Челябинск  
e-mail: mascha23.06@mail.ru

**Введение.** Метастазы без выявленного первичного очага (CUP — cancer of unknown primary) встречаются в 2–4 % случаев злокачественных опухолей. Использование ингибиторов иммунных контрольных точек продемонстрировало хорошие результаты в лечении, в том числе плоскоклеточного рака ротоглотки (ППР). При CUP-синдроме эффективность данных препаратов редко исследуется, а экспрессия PD-L1 не оценивается.

**Цель исследования** — сравнить частоту гиперэкспрессии p16 и PD-L1 при ППР и CUP-синдроме, проанализировать зависимость показателей выживаемости.

**Материалы и методы.** В исследование включен 121 пациент (59 — с ППР и 62 — с CUP-синдромом), получавшие лечение с 2019 по 2023 г. в многопрофильном клиническом медицинском центре «Медицинский город» (г. Тюмень) и Челябинском областном центре онкологии и ядерной медицины.

**Результаты.** Изучаемые группы достоверно не различались по полу ( $p = 0,472$ ), возрасту ( $p = 0,640$ ) пациентов и стадии N ( $p = 0,262$ ). Возраст больных варьировал от 42 лет до 81 года (медиана возраста —  $61,89 \pm 11,9$  года; средний возраст  $60,81 \pm 9,8$  года). Частота экспрессии PD-L1 оказалась выше при CUP-синдроме и составила 92 %, при ППР — 73 % ( $p = 0,01$ ).



При анализе ассоциации ПРР и СУР-синдрома с ВПЧ выявлено статистически значимое различие в гиперэкспрессии p16: у пациентов с ПРР чаще наблюдался положительный p16-статус (53 % случаев), у пациентов с СУР-синдромом – p16-отрицательный (73 %). Средняя продолжительность жизни больных ПРР с p16-положительным статусом составила 62,65 мес (95 % доверительный интервал 54,98–70,31), минимальный срок наблюдения – 12 мес, максимальный – 70 мес. Средняя продолжительность жизни больных с СУР-синдромом и положительным p16-статусом равна 66,22 мес (95 % доверительный интервал 56,35–76,10), минимальный срок наблюдения – 12 мес, максимальный – 70 мес. Статистически значимых различий в показателях выживаемости пациентов с ПРР и СУР-синдромом не обнаружено ( $p = 0,999$ ).

**Выводы.** У пациентов с СУР-синдромом выявлена более высокая частота экспрессии PD-L1 по сравнению с ПРР: 92 и 73 % соответственно ( $p = 0,01$ ). Это подчеркивает важность его исследования у больных с СУР-синдромом. Частота встречаемости гиперэкспрессии p16 при ПРР была выше: 53 против 27 % ( $p = 0,02$ ), что согласуется с мировыми эпидемиологическими данными.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО

Н.И. Сорокин<sup>1</sup>, М.В. Кузьмичевская<sup>1,2</sup>,  
О.Г. Аврамова<sup>2</sup>, Я.А. Лавровская<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 30»,  
Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва  
e-mail: Sni0399@gmail.com

**Введение.** Заболеваемость злокачественными новообразованиями представляет собой серьезную проблему для здравоохранения. Показатель ее среди детей 0–17 лет составил в 2023 г. 12,7 на 100 тыс. детского населения. Немаловажными являются диагностика и раннее выявление изменений на слизистой оболочке рта. Использование электронных курительных устройств среди подростков является серьезным фактором риска заболеваний полости рта, в том числе малигнизации слизистой оболочки рта. Врачу-стоматологу детскому необходимо соблюдать принципы онкологической настороженности при обследовании всех пациентов, обратившихся за специализированной помощью. По данным современных источников литературы, высокие показатели обнаружения предраковых состояний полости рта показал метод аутофлуоресцентной стоматоскопии (АФС). Этот метод способен выявить зоны повышенного риска возникновения патологических процессов, которые не всегда могут

быть замечены невооруженным взглядом. Аппарат АФС продемонстрировал высокую эффективность при обнаружении изменений слизистой оболочки рта.

**Цель исследования** – оценить состояние слизистой оболочки рта у подростков с помощью АФС и взаимосвязь выявленной патологии с наличием вредной привычки – использованием электронных курительных устройств.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено в ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 30 ДЗМ», включенном в программу онконастороженности Стоматологической ассоциации России «Здоровый рот должен быть зеленым». Осмотрено 3400 подростков в возрасте 15–17 лет за период 11 мес 29 дней. Заболевания слизистой оболочки рта выявлены у 1020 (30 %) человек. При обследовании применялась методика ВОЗ: осуществлялся сбор жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболевания (в том числе наличие вредных привычек методом анонимного анкетирования), проводился экстра- и интраоральный осмотр. Осмотр слизистой оболочки рта проводился с помощью комплекта «АФС-Д» (ООО «Полироник», Москва).

**Результаты.** На основании анонимного анкетирования было установлено, что 35 % подростков употребляют электронные курительные устройства 1 раз в сутки. Обследование слизистой оболочки рта с применением аппарата АФС выявило у 42 % из них очаги поражения белого цвета и участки гиперкератоза. В свете аутофлуоресценции визуализировалось незначительным затемнением. У 44 % обследованных были обнаружены воспалительные заболевания тканей пародонта, которые имели ярко-красное свечение. У 14 % подростков они имели зеленое свечение различной интенсивности.

**Выводы.** Применение АФС в практике врача-стоматолога детского для обнаружения, оценки и наблюдения поражений слизистой оболочки рта у подростков является эффективным дополнительным методом к клиническому осмотру. Наши наблюдения позволяют связать наличие гиперкератоза слизистой оболочки рта у подростков с курением электронных курительных устройств.

По результатам исследования можно сделать вывод о необходимости внедрения аппарата АФС в практику врача-стоматолога детского для диагностики хронических воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта.

## МЕХАНИЗМЫ ИММУННОЙ СУПРЕССИИ В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОГО РАКА

А.И. Стукань<sup>1-3</sup>, Е.А. Нефёдова<sup>1,4</sup>, О.Ю. Чухрай<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар;

<sup>2</sup>ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова», Санкт-Петербург;

<sup>3</sup>Клиника «Евроонко», Краснодар;

<sup>4</sup>ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», Краснодар

e-mail: jolie86@bk.ru

**Введение.** Назофарингеальный рак (НФР) является эндемичным заболеванием, в развитии которого играют роль генетические, экологические факторы и вирус Эпштейна–Барр (ЭБВ). Как правило, уклонение НФР от иммунного надзора связано с изменениями механизмов антигенной презентации, эпигенетической модификации, ремоделирования хроматина и клеточного цикла. Прогностическую роль при НФР играет уровень TILs и их субпопуляции. Особенности опухолевой клетки приводят к иммуносупрессивному микроокружению, и важное значение приобретают блокаторы ИКТ PD-1/PD-L1/CTLA-4)/LAG-3, адоптивная клеточная терапия, CAR-T, вакциноterapia, иммуномодуляторы, онколитические вирусы.

**Цель исследования** — изучить иммунное микроокружение и его влияние на клинические параметры больных НФР

**Материалы и методы.** В ретропроспективное исследование включены 60 больных НФР. В биопсийном материале изучены TILs и их субпопуляции — маркеры Т-лимфоцитов (ЛФ) — CD4, CD8, FOXP3; LAG3; CD20+ В-ЛФ; опухоль-ассоциированные макрофаги (ОАМ) — CD68+M1-ОАМ, CD163+M2-ОАМ.

**Результаты.** Из 60 больных ЭБВ-позитивным НФР 20 пациентов имели T0N1–2M0. Иммуногистохимия первичной опухоли выполнена 40 больным. ХЛТ с аПХТ проведена 20 пациентам, иПХТ с ХЛТ — 20 пациентам. Регресс опухоли через 12 нед после ХЛТ выявлен у 27 % больных. Высокий уровень TILs (3 балла) выявлен у 27 %. Высокие TILs ( $n = 11$ ) связаны с высоким уровнем CD4 (Me 20 % против 15 %), CD8 (Me 20 % против 5 %) ( $p < 0,05$ ). Регресс опухоли связан с TILs 3 балла, CD4  $\geq 20$  %, CD8  $\geq 5$  % ( $p < 0,05$ ). При T1–2 ( $n = 11$ ) выявлен более высокий уровень CD4 (Me 35 % против 15 %), CD8 (Me 20 % против 5 %), CD 68 (Me 20 % против 7 %), CD20 (Me 36 % против 5 %). Отсутствие FOXP3+Т-ЛФ ( $n = 24$ ) ассоциировано с высоким уровнем CD8 (Me 10 % против 2 %), CD68 (Me 16 % против 5 %), CD163+M2-ОАМ (Me 30 % против 10 %). При положительной экспрессии LAG3 ( $n = 30$ ) более высокий уровень CD20 (Me 20 % против 7 %) ( $p < 0,001$ ). Отсутствие экспрессии LAG3 связано с CD68  $\geq 60$  %, AUC 0,837 ( $p = 0,001$ ), CD163+ОАМ  $\geq 15$  %, AUC 0,837, Se 90 %, Sp 60 % ( $p = 0,001$ ).

**Выводы.** В отличие от данных литературы, представленная когорта пациентов с НФР имеет в основном низкий уровень TILs (72 %), связанный с низкими уровнями CD4+Т-ЛФ, CD8+Т-ЛФ и низкой частотой регресса опухоли после ХЛТ. Выявлены взаимоисключающие механизмы иммунной супрессии: высокий уровень CD163+M2-ОАМ, LAG3+В-ЛФ или регуляторных FOXP3+Т-ЛФ. Вероятно, на эти особенности влияют распространенность, этиопатогенез и низкая иммуногенность опухоли. Необходимы исследования молекулярно-генетического профиля и механизмов иммуносупрессии для персонализации диагностики и лечения НФР в европеоидной популяции.

## МИКРОСОСУДИСТАЯ ПЛОТНОСТЬ ОПУХОЛИ ПРИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОМ РАКЕ: КОРРЕЛЯЦИЯ С КЛИНИЧЕСКИМИ И МОЛЕКУЛЯРНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ

А.И. Стукань<sup>1-3</sup>, Т.Ю. Семиглазова<sup>2</sup>, Е.А. Нефёдова<sup>1,4</sup>,  
О.Ю. Чухрай<sup>4</sup>, В.Н. Бодня<sup>1,4</sup>, В.А. Порханов<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар;

<sup>2</sup>ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»,  
Санкт-Петербург;

<sup>3</sup>Клиника «Евроонко», Краснодар;

<sup>4</sup>ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», Краснодар  
e-mail: jolie86@bk.ru

**Введение.** Клиническое течение плоскоклеточного орофарингеального рака весьма непредсказуемо и существенно различается даже в рамках одного подтипа. На это могут влиять как молекулярные особенности опухолевой клетки, так и состав микроокружения опухоли. В качестве диагностического критерия рассматривается уровень микрососудистой плотности (МСП) опухоли, который зависит от опухолевой клетки и стромальных компонентов. В качестве маркеров МСП изучаются экспрессия CD34 на эндотелиальных клетках кровеносных сосудов и альфа-гладкомышечный актин ( $\alpha$ -SMA) миофибробластов и миоэпителиальные клеток.

**Цель исследования** — изучить уровень микрососудистой плотности и ее клиническую значимость при раке ротоглотки с учетом молекулярных и клинических особенностей опухоли.

**Материалы и методы.** В ретропроспективное исследование включены 112 больных орофарингеальным раком. В биопсийном гистоматериале оценен уровень TILs, иммуногистохимический уровень экспрессии CD34,  $\alpha$ SMA — маркеры микрососудистой плотности, p16-статус, маркеры опухоль-ассоциированных макрофагов CD68, CD163. Статистический анализ выполнен в программе IBM SPSS Statistics v.22.

**Результаты.** В исследование включены 62 больных с ВПЧ-положительным плоскоклеточным орофарингеальным раком и 60 – с ВПЧ-негативным. Медиана наблюдения 42 мес. МСП не связана с клинико-морфологическими параметрами (Т, N, возраст, пол, p16-статус, статус курения), уровнем TILs. Однако уровень МСП сосудов  $\geq 15$  статистически значимо ассоциирован с p16-положительным статусом у курильщиков ( $p = 0,01$ ) и наличием сопутствующего ХВГ С ( $p = 0,004$ ). Риск рецидива после консервативной терапии (иПХТ, ХЛТ) возрастает в 2 раза при МСП сосудов  $\geq 30$  ( $p < 0,05$ ). Безрецидивная выживаемость ниже в группе больных с уровнем МСП сосудов  $\geq 30$  (Me 14 мес против 48 мес,  $p = 0,028$ ). Риск смерти при этом увеличивается более чем в 6 раз (95 % ДИ 1,98–6,023,  $p < 0,05$ ). Продолжительность жизни в группе больных с уровнем МСП сосудов  $\geq 30$  составляет 19 мес против не достигнутой медианы при МСП сосудов  $< 30$ . Уровень МСП сосудов  $\geq 30$  характеризуется высоким уровнем экспрессии p53 (Me 35 против 0,  $p < 0,05$ ), высоким уровнем опухоль-ассоциированных фибробластов CD 68 (Me 11 % против 7 %) в частности за счет M2-поляризованных опухоль-ассоциированных фибробластов CD163 (Me 5 % против 3 %).

**Выводы.** Микрососудистая плотность может быть связана с условиями внутриопухолевой гипоксии и является следствием синтеза факторов роста эндотелия сосудов (VEGF) клетками стромы опухоли. Таким образом, МСП является перспективным диагностическим маркером при планировании лечения орофарингеального рака и потенциальной мишенью терапии.

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**М.Н. Тилляшайхов, Г.А. Хакимов, О.Н. Абдурахимов,  
М.А. Маликов**

*Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр оториноларингологии и болезней головы  
и шеи МЗ РУз, Ташкент, Республика Узбекистан  
e-mail: nurbek9339@gmail.com*

**Введение.** Введение молекулярной диагностики в онкологическую практику позволило выявить ключевые мутации, влияющие на агрессивность дифференцированного рака щитовидной железы. Использование молекулярных маркеров повышает точность стратификации риска и помогает оптимизировать хирургическое и послеоперационное лечение.

**Цель исследования** – оценка прогностической значимости молекулярных маркеров (BRAF, RAS, TERT)

в индивидуализации хирургической тактики и назначения радиоактивной йодтерапии у пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы.

**Материалы и методы.** Проведен анализ данных 324 пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы (папиллярным – 85,2 %, фолликулярным – 14,8 %), подвергшихся различным видам хирургического лечения. У 64,8 % пациентов выполнена тотальная тиреоидэктомия, у 35,2 % – гемитиреоидэктомия. У 58,3 % проведена профилактическая или терапевтическая лимфодиссекция. Молекулярно-генетическое тестирование выявило мутацию BRAF V600E у 47,5 % пациентов, RAS – у 18,9 %, экспрессию TERT – у 9,6 %. Оценены частота рецидивов, безрецидивная и общая выживаемость в зависимости от молекулярного профиля.

### Результаты

- У пациентов с BRAF V600E рецидивы выявлены в 19,7 % случаев, тогда как при его отсутствии – в 5,4 % ( $p < 0,05$ ).
- У больных с мутацией RAS 10-летняя общая выживаемость составила 96,1 % против 83,4 % при BRAF V600E ( $p = 0,01$ ).
- Высокая экспрессия TERT ассоциировалась с рецидивированием в 31,2 % случаев и снижением 5-летней безрецидивной выживаемости до 58,6 % ( $p < 0,01$ ).
- Органосохраняющая хирургия (гемитиреоидэктомия) показала одинаковую 5-летнюю безрецидивную выживаемость (93,8 %) с тотальной тиреоидэктомией у пациентов без мутации BRAF V600E и экспрессии TERT.
- Использование молекулярных маркеров позволило сократить необоснованное назначение радиоактивной йодтерапии на 24,6 % без ухудшения онкологических результатов.

**Выводы.** Мутации BRAF V600E и TERT ассоциированы с повышенным риском рецидива и требуют расширенной хирургической тактики. Пациенты с мутацией RAS имеют благоприятный прогноз, что позволяет использовать органосохраняющий подход. Индивидуализация хирургии и радиоактивная йодтерапия на основе молекулярных данных повышают эффективность лечения и снижают частоту осложнений.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**М.Н. Тилляшайхов, Г.А. Хакимов, О.Н. Абдурахимов, М.А. Маликов**

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи МЗ РУз, Ташкент, Республика Узбекистан  
e-mail: nurbek9339@gmail.com*

**Введение.** Дифференцированный рак щитовидной железы — наиболее распространенная форма злокачественных опухолей этого органа. Основным методом лечения остается хирургическое вмешательство, однако оптимальный объем операции и стратегия послеоперационного ведения продолжают обсуждаться. Совершенствование хирургических техник, внедрение органосохраняющих подходов и молекулярно-биологическая диагностика повышают эффективность лечения и снижают риск рецидивов.

**Цель исследования** — оценка эффективности усовершенствованных хирургических методов и патогенетически обоснованных терапевтических стратегий у пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы.

**Материалы и методы.** Проведен анализ клинических данных пациентов, перенесших различные виды хирургического лечения (тотальная тиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия, селективное удаление лимфоузлов). Оценены подходы к лимфодиссекции (профилактической, терапевтической), исследованы молекулярные маркеры (BRAF, RAS, TERT) для персонализации хирургического объема и последующего лечения. Сравнены результаты традиционной и модифицированной радиоактивной йодтерапии в зависимости от молекулярного профиля опухоли. Оценены частота рецидивов, безрецидивная и общая выживаемость, качество жизни пациентов.

**Результаты.** Продемонстрирована эффективность органосохраняющих операций у пациентов с низким риском рецидива при благоприятном молекулярном профиле опухоли. Использование молекулярных маркеров (BRAF, RAS, TERT) позволяет дифференцировать подход к лимфодиссекции и избежать ненужных вмешательств. Выявлена связь агрессивных молекулярных характеристик с необходимостью расширенной хирургической тактики. Оптимизирована тактика послеоперационного ведения, включая выбор доз радиоактивной йодтерапии в зависимости от факторов риска. Разработан алгоритм стратификации пациентов, что позволило снизить частоту осложнений и улучшить прогноз.

**Выводы.** Органосохраняющие операции и индивидуализированная лимфодиссекция снижают количе-

ство осложнений и улучшают качество жизни. Использование молекулярных маркеров в планировании лечения повышает эффективность терапии и снижает риск рецидивов. Персонализированный подход к радиоактивной йодтерапии позволяет минимизировать токсические эффекты. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения алгоритмов стратификации и внедрения новых молекулярных мишеней.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ И ЛИМФОДИССЕКЦИИ

**М.Н. Тилляшайхов, Г.А. Хакимов, О.Н. Абдурахимов, М.А. Маликов**

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи МЗ РУз, Ташкент, Республика Узбекистан  
e-mail: nurbek9339@gmail.com*

**Введение.** Хирургическое лечение остается основным методом терапии дифференцированного рака щитовидной железы. Однако выбор оптимального объема операции и необходимость лимфодиссекции продолжают активно обсуждаться. Современные исследования показывают, что индивидуализация хирургической тактики на основе клинико-морфологических и молекулярных факторов может повысить эффективность лечения и снизить риск осложнений.

**Цель исследования** — оптимизация объема хирургического вмешательства и подходов к лимфодиссекции у пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы на основе прогностических факторов.

**Материалы и методы.** Проведен анализ клинических данных пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы, перенесших различные виды операций (гемитиреоидэктомию, тотальную тиреоидэктомию) и лимфодиссекции. Оценены прогностическая значимость молекулярных маркеров (BRAF, RAS, TERT), размер и инвазия опухоли, метастатическое поражение лимфоузлов. Проведено сравнение частоты рецидивов, осложнений и выживаемости в зависимости от объема хирургического вмешательства.

### **Результаты**

- Органосохраняющая тактика (гемитиреоидэктомия) эффективна у пациентов с низким риском, не влияя на прогноз.
- Пациенты с мутацией BRAF V600E и инвазией опухоли имеют высокий риск рецидива, требующий расширенной операции.
- Селективная лимфодиссекция снижает риск осложнений при сохранении онкологической безопасности.

- Индивидуализированный подход к хирургическому лечению позволяет минимизировать осложнения и повысить качество жизни пациентов.

**Выводы.** Персонализированный выбор хирургической тактики на основе молекулярных и клинических факторов позволяет повысить эффективность лечения и снизить риск осложнений. Индивидуализированный подход к лимфодиссекции снижает частоту рецидивов без избыточного хирургического вмешательства.

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАПИЛЛЯРНОЙ ТИРЕОИДНОЙ КАРЦИНОМЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

М.В. Фридман<sup>1</sup>, О.В. Красько<sup>2</sup>, И.В. Веялкин<sup>3</sup>,  
С.В. Маньковская<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Республиканский центр опухолей щитовидной железы,  
Минск, Республика Беларусь;

<sup>2</sup>Объединенный институт информатики НАН Беларуси,  
Минск, Республика Беларусь;

<sup>3</sup>Республиканский научно-практический центр радиационной  
медицины и экологии человека, Гомель, Республика Беларусь;

<sup>4</sup>Институт физиологии НАН Беларуси, Минск,  
Республика Беларусь

e-mail: mankovskaya\_svet@mail.ru

**Введение.** Авария на Чернобыльской АЭС привела к значительному выбросу радиоактивного йода в атмосферу, особенно I131, что привело к росту заболеваемости папиллярным раком щитовидной железы у населения Беларуси. Особенно резко количество случаев папиллярной тиреоидной карциномы начало увеличиваться у детей. Анализ трендов заболеваемости раком щитовидной железы после аварии на Чернобыльской АЭС может установить группы повышенного риска развития данного заболевания в различные периоды после аварии для принятия профилактических мер в будущем при возникновении ядерных инцидентов.

**Цель исследования** — изучение периодических тенденций в зависимости от возраста пациентов на момент диагноза.

**Материалы и методы.** В работе проанализированы данные о случаях папиллярной карциномы Белорусского республиканского канцер-регистра, включены все пациенты, подвергшиеся хирургическому лечению в 1980–2019 гг. Статистически значимые тренды определялись с использованием статистического пакета Joinpoint Regression Program v3.4.3. На основании коэффициентов логистической модели регрессии определялся среднегодовой темп прироста показателей заболеваемости (АРС % в год) и 95 % доверительный интервал к нему.

**Результаты.** Динамика возрастных показателей заболеваемости значительно варьировала в зависимости от возраста пациентов на момент постановки диагноза.

Наиболее впечатляющие показатели были у пациентов в возрасте 5–9, 10–14, 15–19, 20–24 лет. В группе детей 5–9 лет первое статистически значимое и очень быстрое увеличение заболеваемости было выявлено в 1987–1991 гг. (АРС = 154,0 (62,3; 289,2) % в год), после чего рост заболеваемости резко прекратился и начал снижаться (АРС<sub>1994–1997</sub> = –64,2 (–87,8; 4,8) % в год); с 1997 г. наблюдается относительно небольшой прирост заболеваемости на 4,5 (0,7; 8,5) % в год. У пациентов в возрасте 10–14 лет до 1986 г. достоверного роста заболеваемости не отмечалось, однако в период 1985–1992 гг. был отмечен статистически значимый рост заболеваемости с темпом прироста 85,1 (57,6; 117,4) % в год; в 1992–1996 гг. рост заболеваемости продолжался, но с меньшим темпом (АРС = 20,9 (6,3; 37,5) % в год); в 1999–2002 гг. заболеваемость значимо снижалась (АРС = –36,9 (–59,7; –1,4) % в год), после чего до 2019 г. наблюдается рост заболеваемости на 2,8 (0,7; 5,0) % в год. В группах молодых людей (15–19 и 20–24 года на момент диагноза) была выявлена одна закономерность: быстрый рост в 80–90-е годы (АРС = 22,9 и 14,4 % в год соответственно), заметное снижение (АРС = –22,8 и –4,3 % в год) в 2000-е годы и снова рост, но менее выраженный (АРС = 7,7 и 14,8 % в год соответственно) в 2006–2019 и 2013–2019 гг. соответственно. В старших возрастных группах таких пиков заболеваемости не наблюдалось, после значительного увеличения темпов прироста в начале 90-х – 2000 гг. темпы прироста уменьшились и даже стали отрицательными (группа 45–54 года). У лиц старше 80 лет достоверных изменений в показателях заболеваемости не отмечалось.

**Выводы.** Авария на Чернобыльской АЭС привела к увеличению темпов прироста заболеваемости раком щитовидной железы у населения Беларуси уже в первые годы. Наибольшие темпы прироста наблюдались у детей. У лиц старше 80 лет показатели заболеваемости не менялись.

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ МЯГКОТКАННЫХ САРКОМАХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Ш.З. Хабибулаев<sup>1</sup>, А.А. Исмаилова<sup>2</sup>, Й.М. Нуридинов<sup>3</sup>,  
Д.Р. Сангинов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи МЗ РУз, Ташкент, Республика Узбекистан;

<sup>2</sup>Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Республика Узбекистан;

<sup>3</sup>ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ Республики Таджикистан, Душанбе  
e-mail: adolatismailova74@gmail.com

**Введение.** Саркомы мягких тканей — это гетерогенная группа злокачественных новообразований, возникающих из внескелетных мягких и соединительных тканей, и характеризующихся быстрым прогрессированием и ранним метастазированием, что вызывает огромный интерес исследователей. Накопленные данные свидетельствуют о необходимости изучения биологических факторов, влияющих на прогноз заболевания и результатов терапии.

**Цель исследования** — изучение цитокинов интерлейкина 1β (ИЛ-1β) и интерлейкина 6 (ИЛ-6) в сыворотке крови у пациентов с мягкотканными саркомами головы и шеи до и после курса химиотерапии.

**Материалы и методы.** Обследованы 9 молодых людей с рецидивом мягкотканной саркомы головы и шеи T2N0M0 III–IV стадий, которые поступили на курс химиотерапии. У 5 больных отмечаются в легких инфилтративные изменения, лимфатические узлы головы и шеи увеличены.

**Результаты.** Уровень цитокинов исследован в первые дни поступления в онкологический центр до начала курса химиотерапии. ИЛ-1β в крови в среднем составил  $23,8 \pm 1,45$  пг/мл при норме  $4,15 \pm 1,55$  пг/мл, что было достоверно повышено в 5,2 раза. ИЛ-6 составил в среднем  $55,25 \pm 2,35$  пг/мл при норме  $4,32 \pm 1,16$  пг/мл, что было повышено в 12 раз. Клинически состояние больных оценивается среднетяжелым. После проведения курса химиотерапии ИЛ-1β составил  $13,2 \pm 1,65$  пг/мл, а ИЛ-6 —  $21,5 \pm 3,14$  пг/мл. Видно, что после курса химиотерапии концентрации ИЛ-1β и ИЛ-6 снизились в крови в 2 и более раза. Следовательно, исследование цитокинов до и после терапии, скорее всего до и после оперативного вмешательства, имеет важное диагностическое и прогностическое значение.

**Выводы.** Значения ИЛ-1β и ИЛ-6 в крови больных при мягкотканных саркомах головы и шеи могут служить маркерами рецидивов и оценки противоопухолевой терапии.

## ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ИЛ-6 В ПРОГНОЗЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Ш.З. Хабибулаев<sup>1</sup>, А.А. Исмаилова<sup>2</sup>,  
Ф.И. Салимов<sup>3</sup>, Д.Р. Сангинов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи МЗ РУз, Ташкент, Республика Узбекистан;

<sup>2</sup>Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Республика Узбекистан;

<sup>3</sup>ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ Республики Таджикистан, Душанбе  
e-mail: adolatismailova74@gmail.com

**Введение.** Исследования цитокинов активно проводятся в онкологии. Интерлейкин 6 (ИЛ-6) является наиболее интересным цитокином, который может применяться не только для диагностики многих заболеваний, но и для оценки их прогноза.

**Цель исследования** — изучение уровня ИЛ-6 у пациентов с раком верхнечелюстной пазухи как маркера прогнозирования тяжести течения заболевания.

**Материалы и методы.** Обследованы 13 мужчин с диагнозом «рак левой верхнечелюстной пазухи с распространением в левую орбиту T3N0M0 III стадии, 2-я клиническая группа». Состояние после нескольких курсов полихимиотерапии и оперативных вмешательств. Все больные после резекции левой верхней челюсти, которые находились в онкологическом центре г. Душанбе в период 2019–2024 гг., в состоянии средней тяжести, в сознании. Объективно у 4 больных в легких инфилтративные изменения, лимфатические узлы шейной и подчелюстной областей справа и слева увеличены, у 7 — печень увеличена с метастатическими поражениями.

**Результаты.** Из общего анализа крови: в среднем выраженный лейкоцитоз с повышением лейкоцитов в 9 раз от нормативных значений, СОЭ повышен в 6 раз. Уровень ИЛ-6 в крови в среднем составил  $48,9 \pm 2,4$  пг/мл при норме до  $4,25 \pm 1,36$  пг/мл. В связи с тяжестью состояния больных и оценки прогноза течения заболевания ИЛ-6 изучался трижды через день. Через день уровень ИЛ-6 составил в среднем  $62,59 \pm 3,66$  пг/мл. ИЛ-6 третий раз составил  $75,6 \pm 2,75$  пг/мл. Клинически у больных с повышением ИЛ-6 наблюдалось ухудшение общего состояния. Так, повышение ИЛ-6 напрямую зависело от тяжести клинического состояния пациента.

**Выводы.** ИЛ-6 представлен как специфический маркер неблагоприятного прогноза и тяжести процесса. ИЛ-6 формирует системное воспаление с полиорганной недостаточностью. Исследования продолжают для оценки тяжести и прогноза заболевания, а также ранней диагностики рецидивов.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВИДЕОАССОЦИИРОВАННЫХ ТИРЕОИДЭКТОМИЙ С ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПАРАТРАХЕАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ

А.А. Чистяков, И.Е. Седаков, Г.Н. Ползиков,  
А.И. Глазков

Республиканский онкологический центр  
им. проф. Г.В. Бондаря Минздрава ДНР, Донецк  
e-mail: arthurchistyakov@gmail.com

**Введение.** В настоящее время доказана сопоставимость отдаленных результатов малоинвазивной видеоассоциированной тиреоидэктомии (МИВАТ) в сравнении с традиционной. Однако не рассматривались случаи применения центральной паратрахеальной лимфодиссекции. Показания к МИВАТ: диаметр опухоли менее 35 мм; общий объем железы 25 см<sup>3</sup>; наличие метастазов в паратрахеальных лимфоузлах; отсутствие метастазов в латеральных лимфоузлах шеи; отсутствие хронического аутоиммунного тиреоидита.

**Цель исследования** — анализ непосредственных результатов лечения больных с высокодифференцированным раком щитовидной железы, минимизировав хирургическую травму, улучшить визуализацию при выполнении тиреоидэктомии с паратрахеальной шейной лимфодиссекцией.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 74 больных папиллярным раком щитовидной железы с T1a и T1b стадиями. В 43 случаях выполнена стандартная тиреоидэктомия, в 31 — МИВАТ. Средний возраст пациентов первой группы — 52,4 года, средний объем щитовидной железы — 15,2 ± 1,6 см<sup>3</sup>. Средний возраст пациентов второй группы — 52,1 года, средний объем щитовидной железы — 17,9 ± 1,8 см<sup>3</sup>.

**Результаты.** При МИВАТ в 2 случаях диагностирован транзиторный односторонний парез гортани, разрешившийся консервативно через месяц после операции. Стойкой гипокальцемией не отмечено. Конверсия доступа производилась в одном случае по причине инвазии в притрахеальные мышцы шеи. При стандартной тиреоидэктомии в раннем послеоперационном периоде в 4 случаях диагностирован односторонний парез, разрешившийся в течение 1 мес. Стойкая гипокальцемия в 2 случаях купирована консервативно. За период наблюдения у всех 74 больных при обследовании не выявлено продолжения процесса. Для контроля отдаленных результатов выполнялись сцинтиграфия, СКТ, УЗИ.

**Выводы.** Непосредственные результаты при МИВАТ сопоставимы с традиционными тиреоидэктомиями. Необходимо отметить, что МИВАТ обладает некоторыми лимитирующими факторами, в связи с чем не может быть применена у всех пациентов. Неоспори-

мым является лучший косметический эффект по сравнению со стандартной тиреоидэктомией. Малоинвазивный доступ позволяет выполнять паратрахеальную лимфодиссекцию.

## ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ГУБЫ С ПЛАСТИКОЙ ПО ДИФФЕНБАХУ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГУБЫ

А.А. Чистяков, И.Е. Седаков, Г.Н. Ползиков,  
А.И. Глазков

Республиканский онкологический центр  
им. проф. Г.В. Бондаря Минздрава ДНР, Донецк  
e-mail: arthurchistyakov@gmail.com

**Введение.** Чаше рак губы развивается в 65–75 лет, у мужчин болезнь встречается в 3 раза чаще. Заболеваемость в России составила 22,5 человек на 100 тыс. населения: 83,5 % больных с I и II стадиями, 10,5 % — с III и 5,5 % — с IV стадией. Основным вариантом лечения I и II стадий является хирургический. Ранний послеоперационный период у части больных осложняется воспалительными изменениями в краях раны, прорезыванием швов и расхождением лоскутов, что приводит к нарушению качества жизни, длительной консервативной терапии и повторному оперативному вмешательству. Необходима разработка новых методик для предотвращения данных осложнений.

**Цель исследования** — разработать способ, уменьшающий натяжение лоскутов по линии соприкосновения после завершения пластики по Диффенбаху.

**Материалы и методы.** В исследование вошел 21 пациент (55–70 лет, в среднем 62,4 года) с плоскоклеточным раком стадии T1, T2. Больные распределены на 2 группы. Пациентам группы 1 (11 человек) выполнялась прямоугольная резекция нижней губы с пластикой по Диффенбаху с наложением двух провизорных швов через все слои (кожа, подкожная клетчатка, мышечный слой, слизистая оболочка дна полости рта), начальной точкой которых является верхний край кожно-мышечного лоскута на 0,5 см ниже от красной каймы губы, проходящей через все слои, и с конченной точкой фиксации швов, соответствующей нижнему краю лоскута по переходной складке губы. Пациентам группы 2 (10 человек) выполнялась прямоугольная резекция нижней губы с пластикой по Диффенбаху без наложения провизорных швов после завершения пластики. В качестве шовного материала использовался рассасывающийся (производные полидиоксана, полигликолевой кислоты) в обеих группах. В послеоперационном периоде пациентам обеих групп проводилась стандартная антибактериальная и анальгезирующая терапия.

**Результаты.** В первой группе в раннем послеоперационном периоде у 1 (9,09 %) пациента появились воспалительные изменения в краях раны по линии соприкосновения лоскутов, прорезывание швов и расхождение краев. Во второй группе в раннем послеоперационном периоде у 4 (40 %) пациентов появились воспалительные изменения в краях послеоперационной раны по линии соприкосновения лоскутов, прорезывание швов и расхождение краев раны.

**Выводы.** Наложение провизорных швов после завершения пластики по Диффенбаху уменьшает натяжение лоскутов по линии соприкосновения, позволяет избежать нарушения микроциркуляции, воспалительных изменений в краях и по линии соприкосновения лоскутов, прорезывания швов.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИОХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА НЁБНЫХ МИНДАЛИН

**А.А. Чистяков, И.Е. Седаков, Г.Н. Ползиков, А.И. Глазков**

*Республиканский онкологический центр  
им. проф. Г.В. Бондаря Минздрава ДНР, Донецк  
e-mail: arthurchistyakov@gmail.com*

**Введение.** Уникальность метода криохирургии – малоинвазивность, уменьшение частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений, снижение вероятности локального рецидива опухоли.

**Цель исследования** – улучшение отдаленных результатов комплексного лечения рака нёбных миндалин с применением криохирургии.

**Материалы и методы.** Была выделена группа пациентов со злокачественными новообразованиями нёбной миндалины II–III стадий без регионарного метастазирования, после завершения комплексного химиолучевого лечения выполнена криодеструкция опухоли с захватом прилежащих анатомических структур. Произведено 8 криодеструкций. Во всех случаях имела место плоскоклеточная карцинома с распространением на переднюю или заднюю нёбную дужку, частичной инвазией слизистой оболочки мягкого нёба. Больные получили 3 курса системной ПХТ и курс ДЛТ. В предоперационном периоде проводилась оценка эффективности проведенного лечения. Клинически определялось уменьшение опухолевой инфильтрации до пределов капсулы нёбной миндалины в 5 случаях и с сохраняющейся частичной инфильтрацией нёбной дужки в 3 случаях. По данным СКТ глубокого инвазивного опухолевого роста нет.

Во всех клинических случаях было произведено 3 цикла криоаппликаций по типу «олимпийских колец» с разрушением нёбной миндалины и всей инфильтрированной опухоли слизистой оболочки вокруг

на глубину аппликатора (1,5 см) и формированием «воронки» с частичным захватом здоровых тканей на расстоянии в 1,0 см от края опухоли.

**Результаты.** При контрольном осмотре через 3 мес после операции формировался нежный келлоидный рубец размером до 2,5–3,0 см в месте применения криоаппликатора, опухолевого роста выявлено не было. Слизистая оболочка вокруг рубца имела вид нормальной, не измененной. По данным УЗИ лимфатических узлов шеи и подчелюстной области изменений воспалительного или неопластического характера не определялось. По данным СКТ опухолевого роста в проекции ротоглотки, лимфатического аппарата шеи и мягких тканей шеи не определялось. При контрольном осмотре через 6 мес рецидива опухоли в ротоглотке и метастазов в регионарные лимфатические узлы не выявлено. По данным СКТ через 6 мес в зоне оперативного вмешательства и окружающих мягких тканях опухолевого роста не выявлено.

**Выводы.** Предложенный метод оперативного лечения является в достаточной мере эффективным, малоинвазивным и более абластичным в сравнении с классическими методиками и имеет достаточные основания для применения в хирургической практике, однако требует дальнейших исследований и оценки отдаленных результатов лечения.

## ЛАЗЕРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ РАКА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА T1N0M0

**Н.А. Шарафутдинова<sup>1</sup>, Ш.И. Мусин<sup>1,2</sup>, С.В. Осокин<sup>1</sup>, В.В. Ильин<sup>1</sup>, Т.Р. Баймуратов<sup>1</sup>, М.Р. Шафикова<sup>1</sup>, А.В. Султанбаев<sup>1</sup>, К.В. Меньшиков<sup>1,2</sup>**

*<sup>1</sup>ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ Республики Башкортостан, Уфа;*

*<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ России, Уфа  
e-mail: nat\_sharafutdinova@mail.ru*

**Введение.** Хирургическое лечение является основным методом лечения рака слизистой полости рта. Независимо от стадии Т в клинических рекомендациях граница отступа от видимых краев опухоли составляет 2 см, а патоморфологический критерий R0 – 5 мм и более. Однако в последние годы возникают вопросы о целесообразности данного подхода при ранних формах рака слизистой полости рта и широко обсуждается возможность модификации краев отступа в зависимости от критерия Т. Так, при ранних формах рака слизистой полости рта, определенных форм и толщины опухоли некоторые авторы допускают снижение границ отступа.

**Цель исследования** – оценить результаты лазерной резекции злокачественных новообразований полости рта T1N0M0.



**Материалы и методы.** В исследование были включены 15 пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта T1N0M0, прошедших лечение в условиях отделения опухолей головы и шеи ГАУЗ РКОД МЗ РБ с 2021 по 2024 г. Медиана возраста составила 52,3 года (IQR: 42–76 лет); гендерное распределение: мужчин – 9 (60 %), женщин – 6 (40 %). Преимущественно это были пациенты с опухолью языка – 10 (66,7 %), щеки – 4 (26,7 %), слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти – 1 (6,6 %). Опухоли слизистой полости рта были плоскими или экзофитными. При локализации на языке по данным УЗИ или МРТ проводилось определение толщины опухоли, которая составляла не более 3 мм. Резекция проводилась с отступом 5 мм с помощью CO<sub>2</sub>-лазера. После лазерной резекции пластика не выполнялась, заживление носило вторичный характер. Также пациентам выполнялась профилактическая лимфодиссекция (1–3 уровня) – 10 (66,7 %), биопсия сторожевого лимфатического узла – 5 (33,3 %). Хирургических осложнений не отмечено, носопищеводный зонд не устанавливался.

**Результаты.** Медиана наблюдения составила 15 мес (IQR: 5–32 мес). Пациенты наблюдались в рамках диспансера согласно клиническим рекомендациям. За указанный период наблюдения рецидив отмечен у 2 (13,3 %) пациентов, из них локальный – у 1 (6,6 %), метастазы в лимфоузлы шеи – у 1 (6,6 %). Отдаленные метастазы не выявлены.

**Выводы.** Лазерная резекция при злокачественных образованиях полости рта ранних форм позволяет выполнить щадящую резекцию без формирования обширных дефектов с удовлетворительными функциональными результатами. Тем не менее результаты данного исследования требуют дальнейшего анализа. Необходимо провести более масштабные исследования с увеличением выборки и длительности наблюдения, чтобы окончательно установить эффективность и безопасность данного метода.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА И МЯГКОТКАННЫХ ЛОСКУТОВ

В.И. Штин<sup>1</sup>, Е.С. Марченко<sup>2</sup>, Е.Л. Чойнзонов<sup>1</sup>,  
В.А. Новиков<sup>1</sup>

<sup>1</sup>НИИ онкологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», Томск;  
<sup>2</sup>лаборатория медицинских сплавов и имплантатов с памятью формы ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск  
e-mail: shtinv@mail.ru

**Введение.** Большинство пациентов с распространенными опухолями полости носа и околоносовых пазух нуждаются в выполнении расширенных хирургических вмешательств, которые приводят к образованию дефектов в области средней зоны лица. В связи с этим встает необходимость в реабилитации этой сложной категории пациентов, заключающейся в максимально возможном восстановлении утраченных костных структур и мягких тканей.

**Цель исследования** – разработка имплантатов для восстановления опорных структур глаза и мягких тканей лица, способствующих предотвращению послеоперационной деформации и повышению качества жизни пациентов.

**Материалы и методы.** С этой целью в НИИ онкологии ТНИМЦ совместно с СФТИ ТГУ разработан метод реабилитации с применением имплантатов из никелида титана и мягкотканых лоскутов. Исследование основано на анализе историй болезни 93 пациентов, которые получали лечение по поводу злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух T<sub>3-4</sub>N<sub>0-1</sub>M<sub>0</sub> в НИИ онкологии г. Томска с 2011 по 2024 г. включительно. Все пациенты получили комбинированное лечение с использованием предоперационной лучевой терапии и хирургического вмешательства с восстановлением структур средней зоны лица и стенок орбиты имплантатами из никелида титана и мягкоткаными лоскутами. В исследование вошли 63 пациента, которым проводилось восстановление стенок орбиты имплантатами из никелида титана; а также 30 пациентов, у которых тканевые имплантаты из никелида титана использовались с целью создания каркаса для лоскутов с осевым кровоснабжением и лоскутов на питающей ножке ( $n = 7$ ); восстановления небольших дефектов костей средней зоны лица ( $n = 8$ ) и армирования мягких тканей лица в комплексе со свободным кожным лоскутом ( $n = 15$ ).

**Результаты.** Применение имплантатов из никелида титана позволило сохранить естественное положение и функцию глаза как органа зрения более чем у 90 % пациентов.

**Выводы.** Использование тканевых имплантатов способствовало максимальному сохранению контуров мягких тканей лица посредством снижения процессов рубцевания раневой поверхности за счет армирования имплантатом из никелида титана и формирования устойчивого каркаса для удержания мягких тканей лица, снижению послеоперационных осложнений и повышению качества жизни пациентов.