

Значительная доля карцином головы и шеи характеризуется гиперэкспрессией рецептора эпидермального фактора роста (EGFR), причём некоторые новообразования содержат мутированный рецептор, проявляющий повышенную чувствительность к низкомолекулярным ингибиторам EGFR. Другим характер-

ным событием является амплификация гена cyclin D1. Инактивирующие мутации наиболее часто затрагивают гены p53, p16 и RB1. Данные молекулярные особенности лежат в основе исследований, направленных на разработку принципиально новых подходов к профилактике и лечению опухолей головы и шеи.

## РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИГРУДНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Казакевич, Л.А. Митина

*Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена*

Ультразвуковое исследование (УЗИ) – ведущий метод диагностики при патологии щитовидной железы (ЩЖ). Однако возможности метода для исследования средостения при патологии ЩЖ изучены недостаточно.

**Цель исследования.** Определить возможности УЗИ средостения при патологии щитовидной железы.

**Материал и методы.** У 72 больных с патологией ЩЖ имелось поражение средостения (внутригрудной компонент опухоли ЩЖ у 32 больных, рецидив зоба в грудной полости – у 2, метастатическое поражение внутригрудных лимфатических узлов (ЛУ) – у 34, сочетание опухоли ЩЖ с лимфогранулематозом или саркоидозом – у 4 больных). Всем больным выполнено УЗИ ЩЖ, шеи, чрескожное УЗИ средостения.

**Результаты.** Внутригрудной компонент опухоли ЩЖ удалось осмотреть у всех больных; было возможно уточнить локализацию опухоли (переднее, заднее средостение), взаимоотношение с крупными сосудами средостения и трахеей, подтвердить связь с ЩЖ.

Выявление смещаемости опухоли при глотании давало дополнительную информацию для выбора оперативного доступа.

Наиболее типично при метастазах в средостение поражение претрахеальных ЛУ выше левой плечеголовной вены до уровня верхней грудной апертуры (16 больных), правых (10 больных) и левых (6 больных) паратрахеальных, прекардиальных ЛУ (4 больных). У 30 пациентов метастазы были в одной из указанных областей, по два наблюдения было с поражением двух и трех областей. Во всех случаях визуализация пораженных ЛУ, определение их природы и взаиморасположения с прилежащими структурами не вызывали затруднений.

**Выводы.** УЗИ позволяет осмотреть средостение, внутригрудной компонент ЩЖ, метастазы опухоли ЩЖ в средостение, определить взаимоотношение внутригрудной опухоли с сосудами средостения. Метод прост, эффективен и должен быть широко внедрен в клиническую практику.

## СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ И КРАНИАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (Материалы для дискуссии)

В.Б. Карахан, В.Б. Крат, Р.Г. Фу, В.А. Алешин, Д.М. Белов

*Нейроонкологическая группа ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва*

В настоящее время мы имеем опыт лечения более 100 больных с церебральными и краниальными метастазами. Анализ данных показал, что на

определённых стадиях развития ряда злокачественных опухолей, как правило, начиная с IIIб ст., важно проведение скрининговой КТ головного мозга.

Методом выбора остаётся МРТ головного мозга с контрастным усилением.

Радикальное удаление церебральных метастазов является ключевым этапом в лечении злокачественных опухолей. Оптимальным является удаление метастаза единым узлом вместе с близлежащим мозговым веществом под оптическим увеличением. Широкое иссечение краниального метастаза не представляет существенных проблем, если очаг не врастает в твёрдую мозговую оболочку или в головной мозг. При крупном интракраниальном компоненте с обширной зоной некроза допустимо разделение метастаза по некрозу для достаточного обзора и доступа к нижележащим отделам.

Множественные церебральные метастазы рассматривались как противопоказание к нейрохирургическому вмешательству. Однако при доступности и компенсированности состояния ( $KPS > 70$ ) больного возможно удаление более 2 топически разобщенных ме-

тастазов за одну операцию. При множественных церебральных метастазах рациональна следующая хирургическая стратегия: при расположении узлов в одном полушарии на расстоянии до 6–8 см друг от друга их удаляют через одно трепанационное отверстие. При двустороннем полюсном расположении метастазов их удаление возможно также через один расширенный доступ. Удаление очагов из разных полюсов полушарий осуществляется посредством двух трепанаций с изменением позиционирования больного. Важным направлением хирургической стратегии является выполнение симультанных операций на первичном очаге и на метастазах в различной очередности в зависимости от морфологии и топографии опухоли.

Начало комплексной лучевой и химиотерапии возможно и предпочтительно уже в раннем послеоперационном периоде. При этом целесообразно значительное увеличение разовой очаговой дозы лучевой терапии.

## ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС

**Г.Л. Кобяков, А.Н. Коновалов, М.Р. Личиницер, В.А. Лошаков,  
А.Г. Коршунов, А.В. Голанов, И.Н. Пронин, О.В. Абсаямова, Р.Д. Аманов**

*НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН, г. Москва*

*ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, г. Москва*

В последние два десятилетия возрос интерес к химиотерапии первичных опухолей центральной нервной системы (ЦНС). С одной стороны, это обусловлено появлением в конце 70 – начале 80-х гг. новых технических возможностей для нейровизуализации, сначала компьютерной томографии, а затем и магнитно-резонансной томографии, которые позволяют измерять интракраниальные опухоли. С другой стороны, появились препараты, специально разработанные для лечения опухолей головного мозга, с учетом наличия феномена гематоэнцефалического барьера и некоторых других особенностей опухолей ЦНС – производные нитрозомочевины, эпидофиллотоксины, прокарбазин, темозоламид. Наконец, стал формироваться круг специалистов, проявляющих интерес в данной области, – нейрохирургов, онкологов, нейроморфологов, рентгенологов, радиологов, исследующих эффективность лечения опухолей ЦНС с позиций классической онкологии.

В НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН вопросы использования химиотерапии как одного из

основных методов противоопухолевого лечения новообразований ЦНС изучаются с начала 90-х гг. За прошедшие 12 лет в практику лечения больных со злокачественными опухолями ЦНС в НИИ нейрохирургии внедрены стандартные режимы химиотерапии, такие как РСV (прокарбазин, ломустин, винкристин) при глиомах, РЕ (цисплатин, этопозид) при герминогенных опухолях, РЕС (цисплатин, этопозид, циклофосфан) при медуллобластомах и другие. Кроме того, на базе НИИ нейрохирургии проводятся клинические исследования по изучению новых препаратов для химиотерапии опухолей. Так, в 2001–2003 гг. было проведено первое в России мультицентровое клиническое исследование в области химиотерапии опухоли ЦНС – “Темодал в лечении больных с первичной глиобластомой и с первым рецидивом анапластических глиом”. В исследовании принимали участие нейрохирургические клиники 12 городов Российской Федерации. В 2002–2003 гг. было также организовано и проведено клиническое исследование “Мюстофоран