

ВОЗМОЖНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ

С.Б. Алиева, И.А. Задеренко

ФГБНУ «Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина», г. Москва

Рак гортаноглотки занимает особое место среди опухолей области головы шеи. Это обусловлено тем, что 75–85 % больных поступает на лечение уже с местнораспространенными опухолями, у 60–80 % имеются регионарные метастазы, в 50 % случаев рецидивы возникают в течение одного года. При I–II стадиях 5-летняя выживаемость достигает 60 %, при III–IV – 17–32 %. Традиционным лечением для операбельного местнораспространенного рака гортаноглотки является ларингэктомия с частичной или круговой резекцией глотки и последующей лучевой или химиолучевой терапией. Исследуются возможности химиолучевой терапии с использованием новых технологий облучения (IMRT) и возможностей лекарственной терапии. Однако оптимальная тактика лечения рака гортаноглотки не определена, так как не завершено ни одного рандомизированного исследования, сравнивающего результаты хирургического и лучевого и/или химиолучевого лечения.

Основные вопросы, которые остаются спорными, – возможные варианты и методы отбора больных для проведения органосохраняющего лечения. Ряд исследований, сравнивающих результаты комбинированного и химиолучевого

лечения при местнораспространенных опухолях, показал, что выживаемость при консервативном и хирургическом лечении примерно одинакова, при этом одновременная химиолучевая терапия позволяет сохранить гортань у 44 % больных. Пока не определены прогностические признаки, которые позволили бы с уверенностью предсказать исход органосохраняющего лечения при раке гортаноглотки. На основании проведенных исследований было показано, что органосохраняющие операции, одновременное химиолучевое лечение, а также лучевая терапия в отдельности дают возможность сохранить гортань без ухудшения выживаемости. Но ни один из методов сохранения гортани не увеличивает продолжительность жизни больного по сравнению с ларингэктомией и адьювантным лечением. К сожалению, проведение консервативного органосохраняющего лечения не всегда означает сохранение нормальной функциональной способности органа и лучшее качество жизни. Необходимы рандомизированные исследования, включающие только больных раком гортаноглотки, сравнивающие результаты хирургического и одновременного химиолучевого лечения.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛИ ГОРТАНОГЛОТКИ

Е.Л. Дронова

ФГБНУ «Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина», г. Москва

Новообразования гортаноглотки и гортани встречаются в 13–34 % случаев опухолей головы и шеи, среди злокачественных опухолей этих локализаций доля эпителиальных опухолей составляет 64–90 % (из них плоскоклеточный рак – 80,4 %, низкодифференцированный рак – 4,5 % и адено-

карцинома – 2,2 %) (Сперанская А.А., 2006). В гортаноглотке различают три отдела: грушевидный карман (синус), задняя стенка гортаноглотки и глоточно-пищеводный переход (позадиперстневидное пространство). Наиболее часто поражается грушевидный карман (от 60 до 80 %), затем задняя

стенка, рак глоточно-пищеводного перехода встречается редко. На момент установления диагноза примерно у 50 % больных распространенность рака гортаноглотки уже соответствует стадии T₃N₁₋₂, отдаленные метастазы (в легкие, печень, кости) определяются в 10 % случаев (Бербом Х., Кашке О., 2012).

«Золотым стандартом» диагностики остается эндоскопическое исследование, но из-за наличия возможного подслизистого распространения инфильтрации, технических сложностей при эндоскопии, а также при распространенных процессах возникает необходимость выполнения компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Методика спиральной компьютерной томографии включает коллимацию 2–3 мм, питч >1,5 и реконструкцией 1–3 мм; внутривенное контрастирование обязательно в объеме 70–100 мл со скоростью введения 1,2–2,0 мл в сек, с задержкой сканирования до 20–40 сек, зона сканирования – от основания черепа до ключиц. Диагностика основана на визуализации объемного увеличения толщины слизистой гортаноглотки, более интенсивном накоплении контрастного препарата в зоне поражения и оценке

увеличенных лимфоузлов мягких тканей шеи. При МРТ опухоль имеет более высокую интенсивность в T2ВИ и низкую интенсивность в T1ВИ.

Опухоли гортаноглотки при распространении поражают гортань, корень языка, преднадгортанниковое пространство, ротоглотку, клетчатку предпозвоночного пространства и пищевод. В последнее десятилетие все чаще при обследовании пациентов с опухолями гортаноглотки используется магнитно-резонансная томография как при первичных обследованиях, так и в динамике на фоне лечения из-за более четкой дифференцировки мягких тканей между собой. Методика не отличается от исследования шеи, необходимость применения контрастного препарата решается индивидуально и чаще всего при оценке эффекта химиолучевой терапии или исключении рецидива заболевания. Диффузионно-взвешенные последовательности (b-value 0–800, 1000, ADC) при МРТ исследованиях все чаще используются при обследовании пациентов с опухолью гортаноглотки, определенное место в диагностическом ряду занимает и ПЭТ-КТ для оценки рецидивных процессов или исключения отдаленного метастазирования.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОРТАНОГЛОТКИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А.У. Минкин, М.Ю. Верещагин

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»

МЗ РФ, г. Архангельск

ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»

ГБУ АО «Архангельская областная клиническая больница»

Вопросам диагностики и лечения больных раком гортаноглотки посвящено немало отечественных и зарубежных публикаций. Это наиболее тяжелая и прогностически неблагоприятная форма рака, для которой характерны неспецифичность клинических проявлений, сложность анатомо-топографического строения, распространенность поражения, высокая частота регионарного метастазирования, низкая эффективность применяемых методов лечения, калечащий характер комбинированных и расширенно-комбинированных операций (Бойков В.П., Гладилина И.А., 2003). Нерешенны-

ми остаются вопросы последовательности этапов лучевого и хирургического компонентов комбинированного метода, эффективности хирургического метода лечения, эффективности превентивных мероприятий на зонах регионарного метастазирования, не определены возможные пути улучшения отдаленных результатов лечения с учетом индивидуальных особенностей больных (Чижевская С.Ю., Чойнзонов Е.Л., 2011).

По данным канцер-регистра, в Архангельской области за последние 10 лет отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями