

стенка, рак глоточно-пищеводного перехода встречается редко. На момент установления диагноза примерно у 50 % больных распространенность рака гортаноглотки уже соответствует стадии T<sub>3</sub>N<sub>1-2</sub>, 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

глотки. За период с 2003 по 2013 г. заболеваемость раком носоглотки с 0,15 увеличилась до 0,17 ‰ (средний показатель заболеваемости данной локализации в РФ – 0,18 ‰). Показатель заболеваемости раком ротоглотки за тот же период повысился с 1,05 до 1,68 ‰ (в РФ – 0,48 ‰). Заболеваемость раком гортаноглотки в период с 2003 по 2013 г. выросла с 0,38 до 2,52 ‰ (по РФ – 5,75 ‰). Мужчины болели чаще, чем женщины. Средний показатель заболеваемости раком гортаноглотки у мужчин за 10-летний период составил 3,06 ‰, у женщин – 2,69 ‰. Таким образом, заболеваемость злокачественными опухолями гортаноглотки за период с 2003 по 2013 г. увеличилась как у мужского (с 0,64 до 1,24 ‰), так и у женского населения (с 0,14 до 0,16 ‰).

В Архангельском КОД пациенты со злокачественными опухолями гортаноглотки, как правило, получали комплексное лечение. В группе больных, подлежащих радикальному лечению, на первом этапе проводилось 2–4 курса полихимиотерапии (Цисплатин, Фторурацил, Блеомицин). На втором этапе проводился предоперационный курс дистанционной гамма-терапии СОД 36–38 Гр. Лечение завершалось радикальным оперативным вмешательством в объеме расширенной экстирпации гортани с резекцией гортаноглотки, формированием трахео-фаринго-эзофагостом, одно- или двухсторонней фасциально-футлярной лимфаденэктомией. В дальнейшем, в случае отсутствия данных за рецидив, выполнялась пластика фарингостомы дельтопекторальным стеблем и местными тканями.

Одномоментное закрытие дефекта глотки произведено двум больным. Одному из них выполнена

одномоментная пластика дефекта глотки лоскутом с передней грудной стенки (аррозивное кровотечение). У второго больного операция завершилась наложением фаринго-эзофагоанастомоза (некроз кожного лоскута). В обоих случаях возникли послеоперационные осложнения, обусловленные предоперационным облучением и ПХТ, тяжестью состояния, объемом и длительностью оперативного вмешательства. В настоящее время появилась возможность более широкого применения методики одномоментного восстановления дефектов глотки реваскуляризованными комплексами тканей. Однако подавляющее большинство пациентов поступало с распространенным опухолевым процессом III–IV стадий, когда радикальное лечение невозможно, им проводилось паллиативное лечение: ПХТ, ТГТ, трахеостомия, гастростомия, симптоматическое лечение. Прогноз неблагоприятный.

**Выводы.** В Архангельской области заболеваемость злокачественными опухолями гортаноглотки за период с 2003 по 2013 г. увеличилась у мужского населения в 2 раза (с 0,64 до 1,24 ‰), у женского населения – незначительно (с 0,14 до 0,16 ‰). Результаты лечения больных раком гортаноглотки неудовлетворительны, поскольку большинство поступало в стационар с распространенным опухолевым процессом. Своевременная эндоскопическая диагностика рака гортаноглотки, использование послеоперационной лучевой терапии, внедрение одномоментного восстановления дефектов глотки реваскуляризованными комплексами тканей позволят оптимизировать объем операции и провести органосохраняющее лечение, снизить число послеоперационных осложнений, ускорить реабилитацию и улучшить отдаленные результаты.

## ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ III–IV СТАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Е. Н. Новожилова, Д. Л. Строяковский, Л. И. Виноградов

*Московская городская онкологическая больница № 62*

Основным методом лечения местнораспространенного рака гортаноглотки является комбинированный с расширенным удалением органа, что позволяет достичь 5-летней выживаемости

у 45–60 % больных. Вместе с тем данный метод значительно снижает качество жизни (КЖ) больных. С целью улучшения КЖ используется органосохраняющее лечение (химиолучевая терапия).