

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 реваскуляризированными 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 реваскуляризированными 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).

При выраженной клинической резорбции опухоли лучевую терапию (ЛТ) проводят по радикальной программе (до 70 Гр), при неудовлетворительном ответе выполняют хирургическое вмешательство.

Целью исследования являлось сравнение эффективности лечения местнораспространенного рака гортаноглотки с использованием индукционной химиотерапии (ХТ) и химиолучевого (ХЛ) метода.

В исследование включены больные с первичным гистологически подтвержденным раком гортаноглотки III–IV стадий ($T_{3-4}N_{0-3}M_0$). В 1-й группе 35 больным проведено 3 курса индукционной ХТ: цисплатин – 100 мг/м², в 1-й день, 5-ФУ – 1250 мг, в виде 24-часовой инфузии, с 1 по 5-й дни, таксотер – 75 мг/м², в 1-й день. В дальнейшем проводили ЛТ по технологии 3D конформного облучения на линейном ускорителе в режиме классического фракционирования по 2 Гр 5 раз в нед до СОД 68–70 Гр. Пациенты без остаточных опухолей после завершения лечения оставались под наблюдением. При наличии остаточной опухоли и/или метастазов проводилось хирургическое лечение. Контрольную (группу 2) составили 48 больных, которым проводилось лучевое лечение в режиме стандартного фракционирования (по той же программе, что и в 1-й группе), но на фоне еженедельного введения цисплатина по 30 мг 1 раз в нед.

Из 35 больных 1-й группы программу лечения завершил 31. Один больной умер от инфаркта миокарда во время 3-го курса ХТ. У одного больного курс ЛТ был прерван на 40 Гр в связи с прогрессированием опухолевого процесса (он был оперирован), в одном случае у пациента отмечена тромбоцитопения, у одного – лейкопения, вследствие чего ХТ была прекращена. Все больные 2-й группы завершили лечение согласно плану. У всех пациентов в обеих группах отмечались явления лучевого эпителиита к концу курса ЛТ, но их удалось

купировать благодаря использованию российского препарата «Гидролактивин» (сыворотка молочная, обогащенная лактатом кальция).

В 1-й группе в целом полный ответ первичной опухоли диагностирован у 20 (64 %), частичный – у 11 (36 %) пациентов. Из 16 больных с N_{1-3} полная регрессия метастазов достигнута у 5. У 18 больных из первой группы на середине курса ХЛ лечения опухоль не определялась. В контрольной (2-й группе) частота полных ответов по первичному очагу составила 40 % (19 больных), а резорбция метастатических узлов не отмечена ни у одного пациента, что потребовало выполнения лимфаденэктомии. При дальнейшем наблюдении у 3 из 20 пациентов 1-й группы (с полной клинической резорбцией первичного очага) в течение 1 года был выявлен рецидив, им выполнена ларингэктомия с резекцией глотки. Еще 3 были оперированы в течение 3 лет наблюдения. Им потребовалось выполнение ларингэктомии или ларингофарингэктомии. У 56 % из первично излеченных больных в течение первых 3 лет наблюдения обнаружены регионарные метастазы. При T_3 – 5-летняя выживаемость в 1-й группе составила 88,2 %, во 2-й группе – 56,4 %; при T_4 – 64 % и 34 % соответственно.

Результаты наших исследований показали более высокую эффективность индукционной химиотерапии по сравнению с классической схемой химиолучевого лечения, несмотря на более высокую токсичность. В 1-й группе непосредственный эффект был получен у 93,7 % пациентов. У половины больных удалось провести органосохраняющее лечение, сохранить гортань, избежать калечащей операции. Хотя число наблюдений в исследовании невелико, но отдаленные результаты также демонстрируют преимущества в выживаемости больных, которым была проведена индукционная ХТ с последующим химиолучевым этапом.

РАК ГОРТАНОГЛОТКИ. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

В.И. Письменный, И.В. Письменный

*Самарский областной клинический онкологический диспансер
Самарский государственный медицинский университет*

Злокачественные опухоли гортаноглотки составляют 0,8 % от общей структуры злокачественных новообразований, за последнее десятилетие

прирост заболеваемости составил 21,6 %, ежегодно в РФ выявляется чуть менее 2 000 новых больных. Средний возраст пациентов составил 59 лет, I и II