

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

стадии диагностированы у 17 % больных, в остальных случаях заболевание имело III–IV стадию. Комбинированный метод лечения применялся у трети больных, реже использовали лучевой метод, хирургический способ был выбран и применен у 6 % пациентов. Результаты лечения этих больных остаются неудовлетворительными, годовая летальность составляет 38,6 %, что заставляет вести поиск новых технологических приемов и методик. На ранних стадиях наличие злокачественной опухоли в глотке сопровождается болью, дисфагией различной степени и дыхательной недостаточностью, а также ранней реализацией метастатического поражения регионарного коллектора шеи. Консервативные методы имеют ограниченные возможности в лечении злокачественных опухолей гортаноглотки. Хирургическое вмешательство на первом этапе лечения представляет собой сложное техническое решение, направленное на удаление опухоли, излечение регионарных метастазов и выполнение реконструктивного этапа, также требуется восстановление дыхания и приема пищи

через естественные пути, формирование адекватной речи.

Хирургическое лечение по разработанной методике с реконструкцией дефекта гортаноглотки получили 24 пациента мужского пола, в возрасте от 51 до 76 лет. Первичных больных – 13 (распространенность заболевания – $T_{2-3}N_{1-2}M_0$), рецидив и продолженный рост опухоли наблюдались у 11 пациентов. Выполнялось радикальное вмешательство на первичной опухоли и региональном лимфатическом коллекторе шеи по показаниям с восстановлением дефекта тканей после удаления опухоли, что позволило восстановить дыхательную, разделительную, речевую функции, а также естественный прием пищи. После получения первично-положительных результатов акта приема пищи на 2–3 сут удалялась трахеостомическая канюля, дыхание восстанавливалось через естественные пути. Таким образом, применение при хирургическом лечении рака гортаноглотки реконструкции кожным лоскутом на передних мышцах шеи открывает возможности лечения этого заболевания с хорошим качеством жизни.

РАК ГОРТАНОГЛОТКИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П.В. Светицкий, В.Л. Волкова, И.В. Аединова, Г.П. Нистратов

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Рак гортаноглотки (РГГ) является сложным и тяжелым заболеванием. Статистика по заболеваемости РГГ затруднена, так как эти показатели отсутствуют в перечнях основных онкологических заболеваний, издаваемых Минздравом РФ и Минздравом Ростовской области. Имеются отдельные данные по заболеваемости раком полости рта и глотки и раком гортани, которые не позволяют с достаточной достоверностью судить о состоянии заболеваемости раком гортаноглотки.

Клинически сложно установить первичную локализацию опухоли, при сборе анамнеза также не удается выявить место первичной локализации опухоли. Возникающие сложности обусловили появление термина, все ещё бытующего в литературе, – «рак перекреста дыхательного и пищеварительного путей» (Пачес А.И., 1988). Диагноз «рак гортаноглотки» выставляется практически при выявлении опухоли, захватывающей гортань и нижний отдел глотки, или при их сочетанном по-

ражении. В лечении больных раком гортаноглотки общепринятым является комбинированный метод. При раке I–II стадий принято использовать резекции с реконструкцией или пластикой с последующим облучением. При распространенном процессе применяется ларингэктомия с резекцией глотки. При этом 5-летняя выживаемость с учетом всех стадий не превышает 50 % (Решетов И.В., 2003).

Цель исследования – оценить результаты лечения больных РГГ, поступивших в отделение опухолей головы и шеи РНИОИ.

Объектом исследования были 73 больных РГГ, находившихся на лечении в отделении опухолей головы и шеи за период с 2009 по 2013 г. В направлении диагноза у всех больных значилось: «рак гортани». Мужчин было 70 (96 %), женщин – 3 (4 %). Возраст больных варьировал в интервале 30–78 лет. Из них в возрастной категории 30–39 лет было 3 (4 %), 40–49 – 16 (22 %), 50–59 – 29 (40 %), 60–70 лет – 17 (23 %) и старше 70 лет – 8 (11 %)