

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 ларингэктомию 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 %)

пациентов. Среди городских жителей: мужчин – 24 (32,8 %), женщин – 1 (1,4 %), среди сельского населения: мужчин – 46 (63 %), женщин – 2 (2,8 %).

В процессе обследования диагноз рака гортани был заменен на РГГ. По распространенности процесса: $T_3N_0M_0$ – у 38 (52,1 %), $T_4N_0M_0$ – у 17 (32,3%), $T_4N_{1-2}M_0$ – у 18 (24,6 %) больных. Метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи обнаружены в 18 (24,6 %) наблюдениях. Распределение по степени дифференцировки: 34 (46,6 %) – высокодифференцированный, 28 (38,4 %) – умеренно дифференцированный, 11 (15,1 %) – низкодифференцированный рак. Распределение больных в зависимости от локализации опухоли: процесс в грушевидном синусе с переходом в гортань наблюдался в 59 (81,9 %), в заперстневидной области и гортани – в 12 (15,3 %), на задней стенке гортаноглотки и гортани – в 2 (2,8 %) случаях.

Перед поступлением в РНИОИ 17 (23,3 %) больных получили предоперационное облучение в дозе

40–45 Гр. Все поступившие пациенты были подвергнуты ларингэктомии с циркулярной резекцией гортаноглотки и последующей лучевой терапией. У 29 (39,7 %) больных заживление произошло первичным натяжением, у 44 (60,3 %) – вторичным. Одногодичная летальность не наблюдалась. При этом в группе больных с предоперационным облучением осложненное течение имело место у 36 (49,3 %) больных. Комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией у пациентов раком гортаноглотки $T_{3-4}N_{1-2}M_0$ позволило добиться 5-летней выживаемости в $73,3 \pm 9,3$ % случаев, при выполнении операции на первом этапе комбинированного метода – в $79,1 \pm 5,9$ %. Разница в выживаемости между группами статистически незначима ($p > 0,05$).

Таким образом, рак гортаноглотки подлежит комбинированному лечению, где операции отводится ведущая роль. Результаты лечения не зависят от пред- или послеоперационного облучения.

НЕКОТОРЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ В Г. МОСКВЕ

А.М. Сдвижков, А.И. Пачес, Л.Г. Кожанов, Н.Х. Шацкая, Е.Н. Белов

*ГБУЗ «Онкологический клинический диспансер №1 Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «ОКД №1 ДЗМ»)*

Согласно статистическим материалам 2010 г., в России рак гортаноглотки среди других злокачественных опухолей у мужчин составил 0,71 % (21-е место), у женщин – 0,06 % (39-е место). В абсолютном выражении было зарегистрировано 1 844 первично выявленных больных. Распространенность рака гортаноглотки на 100 000 мужского населения России – 2,6, женского – 0,20. Средний возраст заболевших мужчин 60,5 года, женщин – 56,7 года. Прирост больных раком гортаноглотки в России составил 24,5 %, причем риск заболевания вырос на 23,5 %.

По данным Московского городского канцер-регистра, на учете в отделении опухолей головы и шеи консультативной поликлиники ОКД № 1 на 31.12.2013 состоит 4 567 больных со злокачественными опухолями полости рта и верхних дыхательных путей, из них в 2013 г. – 348 больных раком гортаноглотки (в 2012 г. – 333, в 2011 г. – 308),

отмечается тенденция роста. Более 5 лет живы 87 больных (2012 г. – 85, 2011 г. – 77 больных).

В 2013 г. на учет в отделение опухолей головы и шеи консультативной поликлиники ОКД № 1 поставлено 1 113 больных (2012 г. – 1 072, 2011 г. – 1 268 больных). Рак гортаноглотки (134 больных) и рак языка занимают третье место, впереди находятся только рак гортани (293 больных) и рак ротоглотки (194 больных). В основном диагностируется IV стадия заболевания – в 85,5 % (115 больных), III стадия – у 17 больных. По одному пациенту выявлено с I и II стадиями. Аналогичная ситуация прослеживается и в предыдущие годы, в 2012 г.: I ст. – 1 больной, II ст. – 7, III ст. – 21, IV ст. – 109 (78,9 %); 2011 г.: I ст. – 2, II ст. – 1, III ст. – 10, IV ст. – 146 (91,8 %) больных. Основными причинами запущенности больных в 2013 г. являются: позднее обращение за медицинской помощью – 46 больных (2012 г. – 46, 2011 г. – 76 больных), бессимптомное