

УДК 616.215-006 (575.2) (04)

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ДВУХ МЕТОДОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНОГЛОТКИ**

*А.Р. Жумабаев* – докт. мед. наук, проф.,

*А.А. Шарипов* – соискатель,

Центр последиplomного медицинского образования, г. Ош

---

Among 256 patients with laryngopharyngeal cancer Stage T<sub>2</sub>No-3M<sub>0</sub> was found in 14, T<sub>3</sub> No-3M<sub>0</sub> in 132, T<sub>4</sub>No-3M<sub>0</sub> in 110 cases. Long – term treatment results for T<sub>3-4</sub> N 0-1M<sub>0</sub> are 76,5%, for T<sub>3-4</sub> N<sub>2-3</sub>M<sub>0</sub> – 36,4%. Surgery is less effective than c and can be performed only for patients with Stage T<sub>3-4</sub> N<sub>2-3</sub>M<sub>0</sub> of laryngopharyngeal cancer.

Комбинированный метод лечения больных раком гортаноглотки известен, однако последовательность лучевого и хирургического компонентов метода вызывают неоднозначное отношение [1, 2]. Низкая выживаемость этой группы больных, высокая частота регионарного метастазирования, подтверждающая агрессивность опухоли, склоняют специалистов к проведению предоперационной лучевой терапии с целью девитализации опухоли и предупреждения опухолевого поражения лимфатических узлов шеи, выполнению операции в более благоприятной с онкологических позиций условиях.

Нельзя исключить и такие аргументы, как отказ больного от калечащей операции, стремление получить консервативный метод лечения как возможность избежать хирургического вмешательства, наличие сопутствующих заболеваний и необходимость их коррекции перед выполнением операции, что вызывает необходимость откладывать операцию и нарушать ритм специального лечения.

В то же время проведение предоперационной лучевой терапии неизбежно сопровождается необходимостью удаления большого объема

тканей в процессе операции, а с этим связана достаточно высокая частота местных послеоперационных осложнений. Отсюда понятно стремление хирургов обосновывать необходимость выполнения операции на первом этапе комбинированного метода лечения, а лучевой этап лечения проводить в послеоперационном периоде с целью предупреждения регионарного метастазирования. В пользу такого варианта лечения говорит возможность четкого определения границ опухоли во время операции, при необходимости выполнение пластического этапа операции при формировании глоточной воронки.

Нельзя не учитывать группу больных, у которых не удается получить первичного заживления раны, и, следовательно, провести лучевой этап лечения. Таким пациентам проводят только радикальную операцию, а лучевую терапию на регионарные зоны не проводят, так как через 1–1,5 месяца и более после заживления раны операция не имеет смысла из-за развития рубцовых изменений на шее.

Таким образом, спорность ряда перечисленных аргументов требует проведения анализа и имеющихся клинических наблюдений и

обоснования показаний каждому из применяемых вариантов комбинированного лечения рака гортаноглотки.

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ двух методов комбинированного лечения рака гортаноглотки.

**Материалы и методы.** Для выполнения поставленных задач использованы сведения о 256 больных раком гортаноглотки, находившихся на лечении в отделении опухолей головы и шеи НИИКО РОНЦ им. Н. Н. Блохина и в Ошском межобластном центре онкологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

**Результаты и обсуждения.** В результате комплексного обследования больных раком гортаноглотки установлена распространенность поражения, которая согласно международной классификации злокачественных опухолей определена как T<sub>2</sub>No-зMo в 14 наблюдениях, T<sub>3</sub>No-зMo – в 132 наблюдениях, T<sub>4</sub>No-зMo – в 110 наблюдениях. Абсолютное большинство пациентов (98 человек) поступили на лечение с распространенными поражениями. Среди них метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи реализовались в половине наблюдений – 51,2%, что подтверждает высокую агрессивность опухолей этой локализации. Размеры метастазов были в 26,1% случаев более 3 см, а в 23% – более 6 см.

Основной локализацией опухолей были стенки грушевидного синуса – 219 (85,5%) наблюдений. Значительно реже встречались поражения заперстневидной области – 33 (12,9%) наблюдений и крайне редко – задней стенки гортаноглотки – 4 (1,6%) наблюдения.

По гистологическому строению больные раком гортаноглотки распределены следующим образом: плоскоклеточный ороговевающий рак у 130 (50,8%), плоскоклеточный неороговевающий рак у 77 (30%), недифференцированный рак у 18 (7%), рак без указания дифференцировки у 31 (12,1%). Представленные сведения показывают, что в гортаноглотке встречаются преимущественно плоскоклеточный (ороговевающий рак и без ороговения рак – 80,8%). Другие формы рака представлены единичными наблюдениями.

Всем больным проведено радикальное лечение. В последние три десятилетия преимущество отдавалось комбинированному методу лечения с различной последовательностью эта-

пов. Поиск путей, направленных на избавление пациента от калечащей операции, привел к активному изучению в последние годы химиолучевого метода лечения, при котором сочетается комбинированная химиотерапия и дистанционная гамма-терапия.

При выполнении комбинированного метода лечения предпочтение отдавали варианту с операций на первом этапе (76 наблюдений), при котором хирургическое вмешательство проводили на неизменных лучевой терапией тканях шеи и вероятность первичного заживления раны было значительно выше. Удаление основного массива опухоли, которая часто бывает в стадии распада, уменьшает интоксикацию организма, а послеоперационная дистанционная гамма-терапия протекает с меньшей лучевой реакцией.

Операции при раке гортаноглотки носили комбинированный характер и заключались в резекции гортаноглотки различного объема и удалении гортани. Четырем пациентам с ограниченным раком гортаноглотки T<sub>2</sub>NoMo<sub>0</sub> выполнена резекция гортаноглотки и гортани.

Таким образом, оказалось, что широко тиражируемое преимущество варианта лечения с послеоперационной лучевой терапией не имеет под собой оснований. Тем не менее, многие отечественные и зарубежные исследователи подхватили идею послеоперационной лучевой терапии, продолжая выполнять лечение больных по общепринятой в нашей стране методике [3, 4].

Кроме того, мы считаем, что сравнивать результаты лечения этих двух групп больных нельзя без учета распространенности метастатического процесса. В группах больных с клинически не увеличенными лимфатическими узлами шеи, а также регионарными метастазами, соответствующими символу N<sub>1</sub>, предоперационная лучевая терапия с последующей радикальной операцией позволили излечить 75,6%±9,2, а при выполнении операции на первом этапе комбинированного лечения – 77,2%±16,0 больных.

Пятилетняя выживаемость в двух группах больных статистически недостоверна (p > 0,05). Регионарные метастазы в срок до 1,5 лет возникали в 18,2 и 24%, рецидивы в 20 и 17,1% наблюдений соответственно, т.е. примерно одинаково. Пятилетняя выживаемость в сравниваемых группах при распространении

метастатического процесса N2-3 неудовлетворительна –  $28,5 \pm 14,0$  и  $42,1 \pm 11,3$  соответственно. Высока частота регионарных метастазов – 57,1 и 47,4% соответственно, которые возникают на контрлатеральной стороне шеи. У каждого второго больного регионарные метастазы сочетались с рецидивом заболевания и отдаленными метастазами (чаще всего поражались лёгкие, лимфатические узлы средостения, печень), что и являлось причиной гибели пациентов. Эти результаты в 2–3 раза ниже, чем у больных без регионарных метастазов.

Полученные результаты показывают, что ни один из вариантов сочетания радикальной операции и лучевой терапии не имеют преимуществ. Комбинированный метод лечения должен иметь индивидуальные показания. При отказе больного на первых этапах лечения должна проводиться лучевая терапия. Недостаточная эффективность проводимого консервативного лечения позволяет более аргументировано убеждать больного в бесперспективности продолжения лечения и необходимости выполнить радикальную операцию. В эту группу необходимо включать пациентов с тяжелыми сопут-

ствующими заболеваниями, требующими коррекции функциональных нарушений довольно продолжительное время. Чтобы не терять темп специального лечения, возможно параллельно с лучевой терапией проводить предоперационную подготовку больного.

#### Литература

1. *Бойков В.П.* Способ превентивной лимфаденэктомии при распространенном раке гортани и гортаноглотки // Материалы X Российского онкологического конгресса. – М.: Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2006. – С. 193.
2. *Пачес А.И.* Опухоли головы и шеи. 4 изд. – М.: Медицина, 2000. – 480 с.
3. *Randall M.E., Springer D.G., Raven M.* T1.2 carcinoma of the glottis: relative hyperradiation // *Radiology*. – 1991. – Vol. 179. – №2. – P. 569–571
4. *Stevenson J.M., Millard G.J., Selch M.T.* Stages I and II Epidermoid carcinoma of the glottic larynx: involvement of anterior commissure // *Radiology*. – 1992. – Vol. 182. – №3. – P. 797–799.