

ческих узлов ( $N_{1,2}$ ) и отсутствии отдаленных метастазов ( $M_0$ ). Сравнительное исследование фенотипических особенностей групп больных, которые во время лечения получали ПАВ, и тех, которые не проходили курс вакцинотерапии, показало наличие отличий между этими группами. В частности, можно сделать вывод о том, что использование ПАВ для лечения больных, которые первоначально имели неблагоприятный молекулярный профиль (наличие мутантной формы p53,  $\beta$ -катенина, тирозинки-

назных рецепторов EGFR и HER-2) повышает шансы больных прожить более одного года по сравнению с больными, которым проводилось только хирургическое вмешательство.

**Выводы.** На основании клинического, гистологического и иммуногистохимического анализа определены молекулярные маркеры протекания РЖ и доказана целесообразность их определения для включения ПАВ в схему комплексного лечения больных.

## ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Л.Н. БАЛАЦКАЯ, Е.Л. ЧОЙНЗОНОВ, С.Ю. ЧИЖЕВСКАЯ,  
Д.А. ШИШКИН, Е.А. КРАСАВИНА

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск*

Значительная распространенность злокачественных опухолей области головы и шеи, сложность и стойкость нарушенных голосовой и дыхательной функций, сопровождающихся длительной и нередко стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему реабилитации больных в ряд важнейших медико-социальных проблем. В НИИ онкологии СО РАМН активно развивается голосовая реабилитация, направленная на снижение инвалидизации и улучшение качества жизни пациентов после хирургического этапа лечения злокачественных опухолей головы и шеи. На большом клиническом материале изучены клинико-функциональные особенности нарушенных функций, позволяющие провести объективную оценку разработанных нами методик восстановления голосовой функции.

**Цель исследования.** Улучшить качество жизни онкологических больных после хирургического этапа лечения опухолей головы и шеи путем разработки новых методических подходов к восстановлению звучной речи и голоса.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 1240 пациентов, которым в плане комбинированного лечения выполнено хирургическое вмешательство по поводу рака гортани, органов полости рта и ротоглотки, щитовидной железы. Все больные нуждались в реабилитационных мероприятиях, направленных

на восстановление голосовой и дыхательной функций. Наблюдалось различной степени тяжести нарушение голосовой функции от афонии при полном удалении гортани до дисфонии при органосохранных операциях и парезах и параличах гортани после операций на щитовидной железе. В раннем послеоперационном периоде логовосстановительная терапия проведена 602 пациентам после ларингэктомии, 95 больным после резекций гортани, 284 пациентам после органосохранных операций органов полости рта и ротоглотки и 259 больным с парезами и параличами гортани после хирургического лечения щитовидной железы.

**Результаты.** Восстановление голосовой функции проводилось по разработанным нами методикам восстановления звучной речи и голоса, с учетом локализации опухолевого процесса, объема хирургического вмешательства и методов логовосстановительной терапии. В результате голосовой реабилитации 91% больных после ларингэктомии овладели звучной речью с помощью формирования пищевода голоса в первом физиологическом сужении пищевода в полном объеме. Восстановление голоса после резекций гортани отмечалось у 93% пациентов. Эффективность коррекции речи после органосохранных операций органов полости рта и ротоглотки составила 82%. При парезах и

параличах гортани положительный эффект достигнут у 96% пациентов. Продолжительность курса голосовой реабилитации составила от 2 нед до 2 мес.

Применение в клинической практике методик голосовой реабилитации после хирургического лечения больным опухолями головы и шеи, значительно улучшает качество жизни и дает возможность возвратиться к трудовой деятельности после полного удаления гортани 68% больным, после резекции гортани – 78,2% больным, после органосохранных операций

органов полости рта и ротового отдела глотки 87% пациентам, при парезах и параличах гортани – 92% больным.

**Выводы.** Таким образом, применение современных методик восстановления звучной речи и голоса позволяет активизировать компенсаторные возможности организма, дает возможность повысить эффективность восстановления голосовой функции, сократить сроки реабилитации и значительно улучшить качество жизни онкологических больных.

## ГОРМОНОТЕРАПИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО И ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА ПРОСТАТЫ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

**О.М. БАРКОВСКАЯ, Д.И. ГАНОВ, С.А. ВАРЛАМОВ**

*Алтайский государственный медицинский университет,  
Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Барнаул*

В России и США рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место по уровню смертности после рака легких и второе по скорости прироста после меланомы кожи, общее 4-е место среди всех причин смерти мужчин (Матвеев Б.П., 1999; Пушкарь, Д.Ю., 2002). В возрасте до 60 лет на долю локализованных форм РПЖ приходится лишь 31,5%; у 68,5% больных диагностируются местно-распространенные и генерализованные формы опухолевого процесса (Бухаркин Б.В., 2003).

**Цель работы.** Показать результаты гормонотерапии у мужчин среднего возраста с местнораспространенным и диссеминированным раком простаты.

**Материал и методы.** В исследование были включены 12 пациентов с верифицированным местнораспространенным и диссеминированным раком простаты. У пяти пациентов были костные метастазы. У семи пациентов был местнораспространенный процесс. Диагноз во всех случаях был установлен по результатам трансректальной мультифокальной биопсии ПЖ, выполнявшейся под ультразвуковым наведением. Средний возраст больных составил 56,6 года. Для подтверждения диагноза применялось

ультразвуковое исследование, рентгенологические методы обследования, компьютерная томография, эндоскопические исследования, биопсия. В настоящей работе использована Международная клиническая классификация злокачественных опухолей TNM (2002) и соответствующая этой классификации группировка по стадиям. Гормональная терапия проводилась в течение 4 мес путем назначения ежемесячных подкожных инъекций гозерелина 3,6 мг и ежедневного однократного перорального приема бикалутамида 50 мг.

**Результаты.** К моменту окончания курса гормонотерапии все пациенты живы. У семи пациентов, не имевших метастазы до начала лечения, у двоих выявлены метастазы в кости таза без клинического проявления. У пациентов, имеющих очаги метастазирования, новых зон метастазирования не выявлено. Средний объем предстательной железы уменьшился в группе пациентов, имевших до начала лечения костные метастазы до 36,7 см<sup>3</sup> (на 10,6% по сравнению с показателем до начала лечения), у пациентов, не имевших до начала лечения, костные метастазы – до 35,1 см<sup>3</sup> (на 23,3% относительно исходного значения). В группе