

## Хирургические аспекты лечения рака ротоглотки

М.А. Кропотов, А.В. Епихина  
РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Контакты: Анна Валерьевна Епихина [stelmakh@land.ru](mailto:stelmakh@land.ru)

*Необходим строгий отбор больных с рецидивом рака ротоглотки (РР) для хирургического лечения, для чего нужно точно оценить распространенность опухоли (с помощью клинического осмотра, эндоскопического исследования, компьютерной томографии с контрастированием, магнитно-резонансной томографии и осмотра области ротоглотки в условиях общего обезболивания).*

*Оперативный доступ (преимущественно срединная мандибулотомия) имеет принципиальное значение для радикального оперативного вмешательства в области ротоглотки и выполнения пластического пособия.*

*Хирургическое вмешательство на регионарном лимфоколлекторе после химиолучевого лечения РР с полным клиническим эффектом выполняется через 2 мес при доказанном персистирующем опухолевом процессе в лимфатических узлах (ЛУ) шеи.*

*При операбельных метастазах плоскоклеточного рака в ЛУ шеи без выявленного первичного очага выполняется хирургическое вмешательство с последующим динамическим наблюдением и в случае выявления первичной опухоли в ротоглотке – проведение радикального курса химиолучевого лечения.*

**Ключевые слова:** ротоглотка, хирургическое лечение, реконструкция дефектов ротоглотки

### Surgical aspects of oropharyngeal cancer treatment

M.A. Kropotov, A.V. Epikhina

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

*Patients with recurrent oropharyngeal cancer should be strictly selected for surgical treatment, which requires an accurate estimate of tumor extent (clinical examination, endoscopic study, contrast-enhanced computed tomography, magnetic resonance imaging, and examination of the oropharyngeal area under general anesthesia).*

*A surgical approach (mainly median mandibulotomy) is of fundamental importance for radical surgical intervention into the oropharyngeal area and for plastic repair.*

*After chemotherapy for oropharyngeal cancer, surgery on the regional lymph collector is performed with complete clinical effectiveness 2 months later if the persistent tumor process in the lymph nodes of the neck is proven.*

*Surgery for operable squamous cell carcinoma metastases in the lymph nodes of the neck with no revealed primary focus is made with a further follow-up and, if the primary tumor is found in the oropharynx, a radical course of chemoradiation treatment is done.*

**Key words:** oropharynx, surgical treatment, repair of oropharyngeal defects

Ротоглотка представляет собой анатомически и топографически сложную область, границы которой начинаются за полостью рта, что, несмотря на визуальную локализацию, делает ее не всегда легко доступной осмотру. Это особенно ярко проявляется при ограничении открывания нижней челюсти, некоторых анатомических особенностях, выраженном рвотном рефлексе и гипертрофии небных миндалин. Данные факторы, а также низкая онкологическая настороженность врачей общего профиля во многом являются причиной запущенности новообразований ротоглотки.

Рак ротоглотки (РР) составляет 0,48 % в структуре заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями и занимает 4-е место среди опухолей головы и шеи. До 80 % больных поступают на лечение в специализированные стационары с местно-

распространенной формой заболевания. Особенность клинического течения РР – локорегионарное развитие опухолевого процесса с частым регионарным метастазированием (до 70 %) и относительно редкими отдаленными метастазами (до 10 %). Плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки – преобладающий морфологический вариант среди опухолей, развивающихся в ротоглотке. Значительно реже встречаются железистый рак, исходящий из малых слюнных желез (чаще в области корня языка), меланомы, лимфомы и различного вида саркомы. Наиболее часто РР локализуется в корне языка (до 50 %), реже поражаются миндалина, мягкое небо и крайне редко – задняя стенка ротоглотки.

Чувствительность РР к лучевому и лекарственному воздействию, а также первичная запущенность опухолевого процесса, сложность хирургического доступа,

а, следовательно, и возможность радикального удаления опухоли сделали химиолучевую терапию (ХЛТ) методом выбора в лечении вышеуказанной патологии [1]. Конкурентная ХЛТ позволяет усилить воздействие 2 противоопухолевых методик как на первичную опухоль, так и на регионарные метастазы за счет синергического эффекта [2]. Лекарственная терапия также направлена на эрадикацию субклинических отдаленных метастазов. Но надо иметь в виду, что применение 2 повреждающих противоопухолевых агентов увеличивает частоту и тяжесть побочных эффектов.

Несмотря на постоянное совершенствование методик лучевого лечения, схем и режимов лекарственной терапии у части больных в дальнейшем диагностируется остаточная опухоль либо рецидив первичной опухоли. В зависимости от вида ХЛТ, режимов индукционной и конкурентной полихимиотерапии (ПХТ), вида лучевой терапии (ЛТ) частота полных эффектов колеблется от 60 до 80 % [3]. В данной ситуации только хирургическое вмешательство (при условии, что оно выполнимо) дает больному шанс на излечение. Попытки применения лекарственного лечения и повторной ЛТ позволяют достигнуть эффекта только у отдельных пациентов [4]. Но оперативные вмешательства при опухолях ротоглотки вообще, а при рецидивах после ХЛТ в особенности представляют значительные технические трудности вследствие сложности хирургического доступа и оценки распространенности рецидивной опухоли для радикального удаления. Исходя из этого, пациентам с рецидивом РР хирургическое лечение выполняется по строгим показаниям. Оценка распространенности опухолевого процесса осуществляется посредством осмотра, пальпации, ультразвуковой компьютерной томографии (КТ), рентгеновской КТ с контрастированием, магнитно-резонансной томографии (МРТ) [5]. Необходимо отметить, что в некоторых случаях, особенно у больных с тризмом II–III степени, только осмотр больного под общим обезболиванием позволяет выявить границы опухолевого инфильтрата и оценить возможность радикального удаления опухоли [6]. В последнее время для оценки эффективности консервативного противоопухолевого лечения и выявления остаточной первичной опухоли и регионарных метастазов рекомендуется применение позитронной эмиссионной томографии. При отрицательном результате исследования нет необходимости выполнять хирургическое вмешательство [7].

В этой ситуации принципиальным является вопрос относительно хирургического доступа. Существует несколько вариантов хирургических доступов к опухолям орофарингеальной зоны: трансоральный, надподъязычная фаринготомия, по типу «visor flap», «pull-through technique», доступ по Бергману в модификации Любаева, срединная мандибулотомия

(СМ) [8–10]. Каждый из этих способов имеет свои показания, противопоказания, побочные эффекты и осложнения.

В последнее время все более широко в качестве оперативного доступа при новообразованиях, называемых в англоязычной литературе «posterior located» (так называемые задние локализации), к которым относятся задняя треть, корень языка, миндалина, передняя небная дужка, боковая стенка ротоглотки, местно-распространенные опухоли полости рта с поражением ротоглотки, используется СМ. Она создает отличный обзор операционного поля для точной визуальной и пальпаторной оценки распространенности опухолевой инфильтрации, а также определения поражения близлежащих органов, удаления опухоли в пределах здоровых тканей в едином блоке. Кроме того, данный доступ в значительной степени облегчает одномоментное пластическое замещение образовавшегося дефекта [11–14].

Помимо вышеуказанной группы пациентов с опухолевым процессом в ротоглотке существует и другая категория пациентов с данной патологией, у которых оперативное вмешательство также служит методом выбора, дающим шанс больному на излечение. Как известно, чувствительность первичной опухоли и регионарных метастазов к лучевому и лекарственному лечению различна, вследствие чего после проведенного консервативного противоопухолевого лечения в некоторых случаях отмечается полный объективный эффект со стороны первичной опухоли и частичный эффект со стороны регионарных метастазов [11, 15]. Особенно часто это наблюдается в случае значительного первоначального распространения метастатического процесса (N2, N3). По данным G.T. Wolf [16], при местно-распространенном метастатическом процессе на шее частота полных эффектов может колебаться от 30 до 68 % в зависимости от эффективности индукционного курса ПХТ. В случае остаточной опухоли на шее автор рекомендует выполнение хирургического вмешательства в сроки от 4 до 10 нед после ЛТ.

В этом случае единственный вариант радикальной помощи больному – хирургическое вмешательство на лимфатическом аппарате шеи, а за областью ротоглотки осуществляется динамическое наблюдение. В данной клинической ситуации существует много вопросов относительно сроков и методик объективной оценки противоопухолевого эффекта ХЛТ, сроков выполнения оперативного вмешательства. Всем ли больным с распространенностью метастатического процесса N2–N3 следует выполнять оперативное вмешательство или в некоторых случаях возможно динамическое наблюдение?

В достаточно редких случаях больной поступает на лечение с поражением регионарных лимфатических узлов (ЛУ) шеи из невыявленного первичного

очага. При поражении ЛУ верхней и средней трети глубокой яремной цепочки и указании на плоскоклеточную гистологическую форму заболевания чаще всего первичный опухолевый процесс локализуется на слизистой оболочке органов головы и шеи, причем преимущественно в ротоглотке, реже в носогортаноглотке. В таких клинических ситуациях предлагается даже выполнять тонзилэктомии с целью выявления первичной опухоли, либо проводить ЛТ на регионарные зоны поражения широким полем с захватом зоны рото-носо-гортаноглотки [17, 18].

Мы проанализировали группу больных с локализацией опухолевого процесса в ротоглотке, которым на различных этапах консервативного химиолучевого лечения было показано выполнение оперативного вмешательства различного объема. Клинический диагноз подтвержден данными гистологического исследования биопсийного материала, и во всех случаях установлен плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. В исследование включены 54 пациента, которые были разделены на 3 группы.

Первая группа (21 пациент) – больные, которым по поводу РР различной распространенности проводилась ХЛТ: 2–3 курса ПХТ по схеме РР и ЛТ в режиме стандартного фракционирования по расщепленной программе. Вследствие стабилизации опухолевого процесса (уменьшение опухоли в ротоглотке менее чем на 50 %) 6 пациентам ЛТ проведена только в объеме 40–44 Гр, и затем выполнено хирургическое вмешательство. Остальным 15 пациентам операции выполнялись по поводу рецидива РР после проведенной в других лечебных учреждениях ХЛТ (суммарная очаговая доза (СОД) составляла 60–70 Гр). Сроки реализации рецидива в этом случае – от 6 до 18 мес.

Вторую группу (26 больных) составили пациенты, которым по поводу РР с метастазами в ЛУ шеи раз-

личной распространенности проведена конкурентная ХЛТ: 2–3 курса ПХТ по схеме РР и ЛТ в режиме стандартного фракционирования по расщепленной программе до СОД 70 Гр с полным клиническим объективным эффектом со стороны первичной опухоли и остаточным метастатическим процессом в регионарных ЛУ. В этом случае пациентам выполнялось хирургическое вмешательство на лимфатическом аппарате шеи через 2–3 мес после окончания консервативного противоопухолевого лечения и в дальнейшем – динамическое наблюдение за областью ротоглотки.

Третья группа (7 больных) – пациенты, которые поступали в клинику по поводу обнаруженного метастатического процесса в ЛУ шеи. При стандартном клиническом и инструментальном осмотре первичного очага выявлено не было и всем больным было выполнено хирургическое вмешательство на регионарном лимфатическом коллекторе. Гистологическое исследование показало наличие в ЛУ метастазов плоскоклеточного рака различной степени дифференцировки. В дальнейшем при динамическом наблюдении в течение 3–12 мес у этих больных была выявлена первичная опухоль в области боковой стенки ротоглотки, по поводу чего пациентам проведена ХЛТ (см. выше).

Как показано в табл. 1, из 54 больных РР у 37 (68,5 %) диагностирован местно-распространенный или рецидивный опухолевый процесс, в то время как больные с опухолевым процессом категории Т1, Т2 составили 18,1 %. Еще 7 (12,4 %) больных, как было сказано выше, на первом этапе получали лечение по поводу метастазов в ЛУ шеи из невыявленного первичного очага. Так как все эти пациенты находились под тщательным динамическим наблюдением, то у всех больных выявленная в последующем первичная опухоль соответствовала по распространенности Т1–Т2.

Таблица 1. Распространенность опухолевого процесса с локализацией в ротоглотке

Распространенность опухолевого процесса	N0	N1	N2	N3	Всего
T1	–	–	2	1	3
T2	1	1	4	1	7
T3	1	1	10	4	16
T4	–	–	6	–	6
Tx	–	–	4	3	7
Рецидив	10	–	5	–	15
Всего	12	2	31	9	54

РР характеризуется высоким метастатическим потенциалом, что подтверждается нашим исследованием. У 42 (77,8 %) больных диагностировано поражение регионарных ЛУ. В группе первичных больных этот показатель еще выше — у 37 (94,5 %) из 39 пациентов на момент поступления имелось поражение ЛУ шеи. Сравнительно низкий процент регионарных метастазов в группе больных с рецидивом опухолевого процесса (33,3 %), с одной стороны, может говорить об эффективности предшествующей ХЛТ, а с другой — о тщательном отборе больных для хирургического лечения по поводу рецидива опухоли, так как больные с агрессивным опухолевым процессом инфильтративного характера со значительным поражением регионарного лимфоколлектора часто не являются кандидатами для хирургического вмешательства. Также необходимо отметить значительную распространенность метастатического процесса — только в 2 (4,8 %) случаях он соответствовал категории N1, а у 40 пациентов (74,1 %) — N2–N3.

Наиболее тяжелой в лечебном и прогностическом плане была 1-я группа больных (21 пациент) с рецидивом опухоли после ХЛТ или неэффективного первого этапа консервативного лечения. Всем этим больным выполнено хирургическое вмешательство на первичном очаге, а у 19 — и на регионарном лимфоколлекторе.

Локализация опухоли в ротоглотке в значительной степени определяет направления ее роста, объем предполагаемого хирургического вмешательства, необходимость и вариант реконструктивного этапа. Анатомически область ротоглотки состоит из нескольких частей (боковая стенка, корень языка, задняя стенка, мягкое небо). В 1-й группе выявлена следующая локализация опухолевого процесса:

- у 6 больных опухоль поражала корень и заднюю треть подвижной части языка с распространением на прилегающие отделы боковой стенки ротоглотки,

- в 5 случаях опухоль локализовалась на боковой стенке ротоглотки (в 1 случае с распространением на мягкое и твердое небо);

- в 5 случаях отмечено локальное поражение корня языка;

- у 5 пациентов выявлено поражение мягкого неба с распространением на боковую стенку ротоглотки.

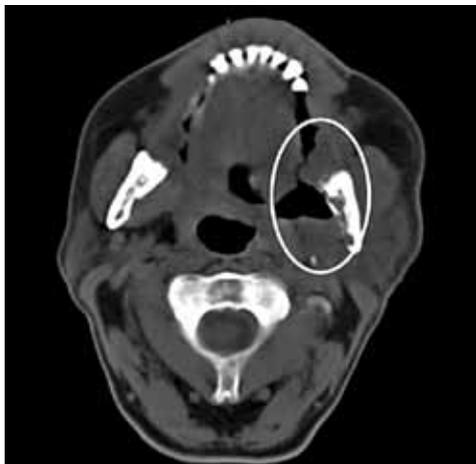
При рецидивах РР большое значение имеет строгий отбор больных для хирургического лечения. Для этого необходимо точно оценить распространенность опухолевого процесса. Тризм различной степени выраженности, постлучевые изменения слизистой оболочки и мягких тканей полости рта и ротоглотки и недостаточная эффективность инструментальных методов диагностики не всегда позволяют определить границу опухолевого поражения. Так, фиброэндоскопия не может точно оценить распространенность подслизистого опухолевого инфильтрата, а МРТ и КТ

с контрастированием не во всех случаях позволяют дифференцировать опухолевый инфильтрат от воспалительных и постлучевых фиброзных изменений в мягких тканях (рис. 1, 2). Эти причины приводят к тому, что часто показания для оперативного вмешательства определяются на основании данных жалоб больного, визуального осмотра и пальпации.

При наличии тризма II–III степени, выраженного болевого синдрома речь, скорее всего, может идти о значительной опухолевой инфильтрации тканей с распространением опухоли в глубокие клетчаточные пространства лица, нервные сплетения, жевательные мышцы, подвисочную, крылонебную ямки. В этом случае проведение радикального оперативного вмешательства в пределах здоровых тканей скорее всего невыполнимо и больному следует проводить паллиативную или симптоматическую терапию. В некоторых клинических ситуациях полноценный осмотр больного и оценка распространенности опухолевого процесса возможны только в условиях общего обезболивания с выполнением биопсии со срочным гистологическим исследованием тканей, подозрительных в отношении опухолевой инвазии [15].

Мы считаем, что при опухолях ротоглотки указанной распространенности радикальное хирургическое вмешательство и пластическое замещение дефекта невозможны без создания адекватного оперативного доступа в виде СМ (рис. 3). После остеотомии мобилизация мягких тканей проводилась посредством рассечения слизистой оболочки и подлежащих мышц по границе между нижней поверхностью языка и дном полости рта до уровня корня языка либо до границы опухолевого поражения (19 случаев). Еще в 2 случаях при опухолях язычка и прилежащих отделов мягкого неба доступ осуществлялся посредством рассечения подвижной части и корня языка по средней линии до надгортанника. Оперативное вмешательство завершается остеосинтезом нижней челюсти двумя минипластинами. Ни в одном случае нами не отмечено послеоперационных осложнений со стороны нижней челюсти, даже несмотря на предшествующую ЛТ и осложнения воспалительного характера в окружающих мягких тканях.

Объем оперативного вмешательства в 5 (23,8 %) случаях заключался в резекции корня языка, в 10 (47,6 %) — в половинной или субтотальной резекции языка с корнем и боковой стенкой ротоглотки, в 6 случаях (28,6 %) — в резекции боковой стенки ротоглотки и мягкого неба (у 1 больного — с резекцией твердого неба). При резекции только корня языка, а также при выполнении резекции боковой стенки ротоглотки и корня языка по поводу ограниченного опухолевого поражения замещение дефекта осуществлялось местными тканями (подвижная часть языка и оставшейся части корня языка, слизистая оболочка ротоглотки



**Рис. 1.** КТ области ротоглотки. Определяется деформация левой боковой стенки ротоглотки, ретромолярной области, корня и подвижной части языка, мягкого неба. Опухолевая инфильтрация распространяется на внутреннюю крыловидную мышцу, ветвь нижней челюсти. Более детально оценить распространенность опухоли на мягкие ткани глубоких клетчаточных пространств лица и подвисочной ямки не представляется возможным



**Рис. 2.** Фиброэндоскопия. В области корня языка определяется рецидивная опухоль после ЛТ в виде подслизистого инфильтрата без четких границ



**Рис. 3.** Вид операционной раны после СМ, мобилизации подвижной части и корня языка



**Рис. 4.** Вид операционной раны после резекции корня языка. В глубине раны виден надгортанник и интубационная трубка



**Рис. 5.** Макропрепарат. Рецидив рака корня языка



**Рис. 6.** Фиброэндоскопия. Фибриновый налет по линии швов в области корня языка на 14-е сутки после операции



**Рис. 7.** Внешний вид больной через 2 года после операции

и мягкого неба) после их мобилизации. Это оказалось возможным выполнить у 8 (38,1 %) пациентов. Зачастую мобилизованные ткани подшивались к слизистой оболочке язычной поверхности надгортанника (рис. 3–7). В наших наблюдениях ни в одном случае это не вызвало воспалительного характера со стороны послеоперационной раны и нарушений функции дыхания и глотания. В 2 случаях у пациентов с резекцией большей части корня языка отмечен паралич мышц половины языка вследствие травмы подъязычного нерва (n. hypoglossus), тем не менее это не вызвало значимых функциональных нарушений.

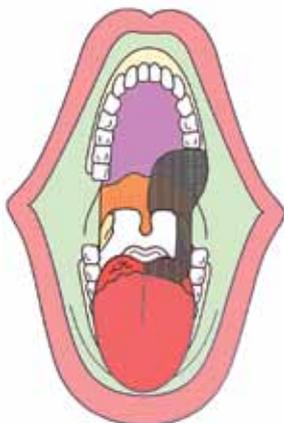
При большем объеме удаляемых тканей в 5 (23,8 %) случаях использовался фасциально-апоневротический височный лоскут (для замещения дефекта боковой стенки ротоглотки и мягкого неба). При значительном дефиците мягких тканей и сли-

зистой оболочки полости рта и ротоглотки нами использовался кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы (8 случаев). При использовании пластического материала для пластики дефектов ротоглотки осложнения отмечены в 2 (15,4 %) случаях вследствие частичного некроза лоскута, которые были купированы местным лечением.

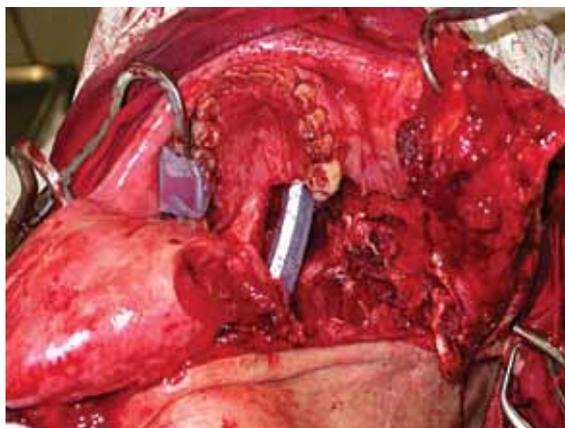
Во 2-й группе больных (26 пациентов) в большинстве случаев диагностирован местнораспространенный опухолевый процесс (18 (69,2 %) больных), в 3 случаях (11,5 %) распространенность соответствовала категории T1 и в 5 случаях (19,2 %) – T2. У всех больных первичная опухоль локализовалась на боковой стенке ротоглотки (области небной миндалины) с различной частотой вовлекая небные дужки, мягкое небо, корень языка (рис. 8, 9). При более значительном распространении (у 5 больных)



**Рис. 8.** Рак боковой стенки ротоглотки, состояние после химиолучевого и хирургического лечения, рецидив, трим 1 степени



**Рис. 9.** Схематически представлен объем предполагаемого хирургического вмешательства



**Рис. 10.** Операционная рана. После выполнения СМ произведена резекция задней трети и корня языка, боковой стенки ротоглотки, твердого и мягкого неба до средней линии, ретромолярной области



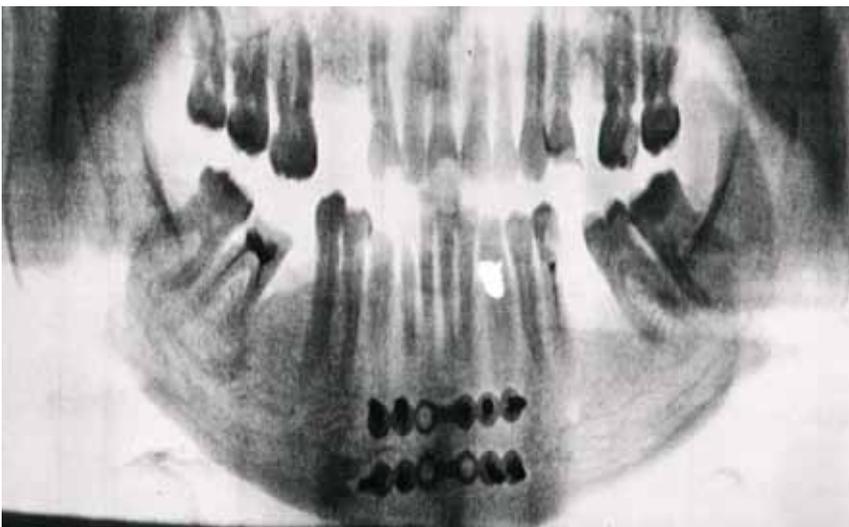
**Рис. 11.** Вид удаленного макропрепарата с вышеуказанными структурами



**Рис. 12.** Операционная рана. Дефект тканей замещен перемещенным лоскутом с включением большой грудной мышцы



**Рис. 13.** Полость рта. Кожный фрагмент лоскута замещает боковую стенку ротоглотки



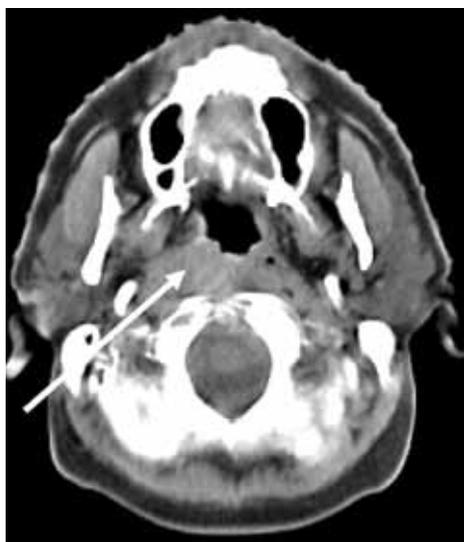
**Рис. 14.** Ортопантомограмма. Остеосинтез минипластинами в области СМ



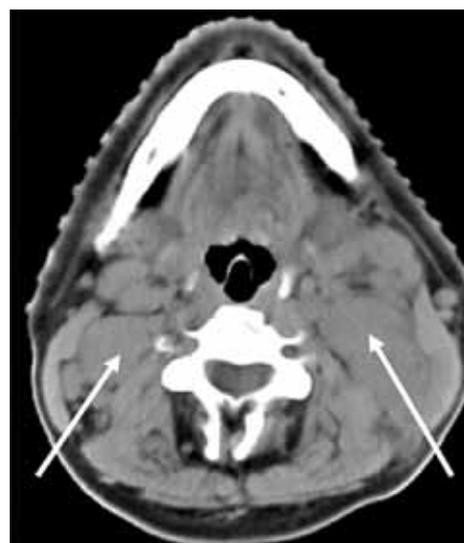
**Рис. 15.** Внешний вид больного через 6 мес после операции

отмечалось поражение задней трети языка, тканей дна полости рта, ретромолярной области, верхних отделов гортаноглотки, валекул, язычной поверхности надгортанника (рис. 10–15). Во всех случаях

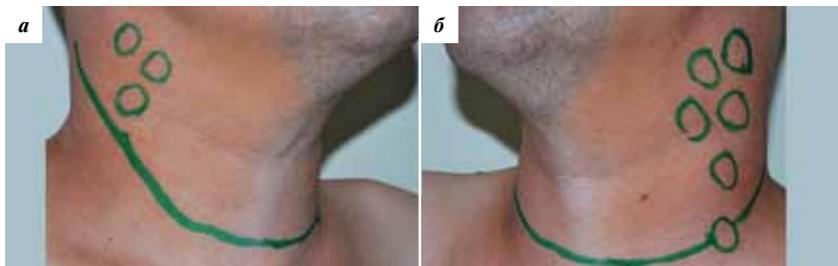
до начала ХЛТ выявлено поражение регионарных ЛУ (в 5 случаях – с 2 сторон). Только в 1 случае распространенность поражения регионарных ЛУ соответствовала N1, в остальных случаях – N2



**Рис. 16.** КТ, поперечный срез, уровень верхнечелюстных пазух. Больной РР. Опухолевый процесс в области боковой стенки ротоглотки с распространением на носоглотку, до ХЛТ



**Рис. 17.** КТ шеи, поперечный срез. Тот же больной. Множественные метастазы в виде сливающихся ЛУ на шее с 2 сторон, до лечения



**Рис. 18.** Вид больного после ХЛТ. Остаточные метастатические узлы на шее с 2 сторон и маркированная линия предполагаемого операционного разреза для лимфодиссекции: а – справа, б – слева



**Рис. 19.** Операционная рана после выполненной операции в объеме фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи с 2 сторон



**Рис. 20.** Макропрепарат. Клетчатка шеи с 2 сторон с метастатическими узлами



**Рис. 21.** Внешний вид больного через 10 дней после оперативного вмешательства

и N3 – у 19 и 6 больных соответственно. Всем этим больным, как было сказано выше, проведена конкурентная ХЛТ на область первичной опухоли и регионарные зоны (рис. 16–18). После первого этапа лечения (ЛТ до СОД 40–44 Гр) во всех случаях отмечен частичный противоопухолевый эффект со стороны первичной опухоли и регионарных метастазов. При оценке эффекта через 2 мес после окончания ХЛТ у всех больных отмечен полный объективный ответ со стороны первичной опухоли, в области ротоглотки определялась неизменная слизистая оболочка либо рубцовая ткань без признаков остаточной опухоли. В то же время

со стороны метастатического поражения при пальпаторном исследовании, а в 12 (46,2 %) случаях только на основании данных ультразвукового исследования, диагностированы остаточные опухолевые изменения в регионарных ЛУ, подтвержденные цитологическим исследованием пунктата. Во всех случаях помимо опухолевого процесса имели место и фиброзные изменения со стороны мягких тканей и клетчатки шеи. Последние особенно были выражены в случае, если первоначальное поражение ЛУ шеи было значительным, так как эффективная ХЛТ приводила к уменьшению опухолевой ткани и замещению последней фиброзной.

Таблица 2. Рецидивирование и метастазирование у больных РР после проведенного лечения

Группа больных	N	Рецидивы	Метастазы	Прогрессирование
1-я группа	21	7 (33,3 %)	3 (14,3 %)	10 (47,6 %)
2-я группа	26	—	5 (19,2 %)	5 (19,2 %)
3-я группа	7	—	1 (14,3 %)	1 (14,3 %)
Всего	54	7 (12,9 %)	9 (16,7 %)	16 (29,6 %)

Принимая во внимание данные обследования, всем больным произведено оперативное вмешательство на регионарных ЛУ различного объема: у 6 (23,1 %) пациентов – фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи, у 5 (19,2 %) пациентов эта операция выполнена с 2 сторон (рис. 19–21). В большинстве случаев оперативное вмешательство расширено до операции Крайла вследствие распространенности опухолевого или рубцового процесса (15 (42,3 %) больных). В послеоперационном периоде у 2 (7,8 %) больных отмечена временная лимфорея, у 3 (11,7 %) – расхождение краев раны и воспаление, которое было купировано консервативными мероприятиями.

В 3-й группе (7 пациентов) все больные поступали на лечение с местно-распространенным метастатическим процессом на шее (N2–N3). В связи с тем, что при клиническом обследовании первичный очаг выявлен не был, больным была проведена радикальная операция на шее (в 3 случаях – фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи и в 4 – операция Крайла). Во всех случаях метастазами поражались ЛУ в верхней трети глубокой яремной цепочки, а при гистологическом исследовании послеоперационного материала выявлены метастазы плоскоклеточного рака различной степени дифференцировки. В связи с тем что макро- и микроскопически операция с онкологических позиций выполнена радикально, дополнительное лечение этой группе больных не проводилось и за пациентами устанавливалось динамическое наблюдение. Мы считаем, что проведение послеоперационной ЛТ или ХЛТ может в значительной степени нарушить тактику лечения в случае выявления первичной опухоли. Учитывая, что в большинстве случаев локализация первичной опухоли при данном характере метастазирования – носо-рото-гортаноглотка, требующая проведения лекарственного и лучевого лечения, то консервативное послеоперационное лечение оставляет в арсенале онколога только хирургическое вмешательство. Последнее при данной локализации

опухолевого процесса сопровождается значительной операционной травмой и в некоторых случаях носит калечащий характер.

В нашем исследовании динамическое наблюдение в сроки 6–18 мес позволило выявить первичную опухоль в ротоглотке (небная миндалина). Всем пациентам проведена ХЛТ на область первичной опухоли и зоны регионарного метастазирования в вышеуказанном режиме.

При анализе онкологических результатов необходимо отметить достаточно высокий показатель безрецидивной выживаемости для данной тяжелой группы пациентов с местно-распространенным и рецидивным РР – 70,4 %. Прогрессирование диагностировалось в основном за счет рецидива первичной опухоли в 1-й группе пациентов – в 33,3 % случаев и за счет рецидива регионарных метастазов во 2-й (19,2 %) и 3-й (14,3 %) группах больных (табл. 2).

Таким образом, требуется строгий отбор больных с рецидивом РР для хирургического лечения, для чего необходима точная оценка распространенности опухоли (клинический осмотр, эндоскопическое исследование, КТ с контрастированием, МРТ и осмотр области ротоглотки в условиях общего обезболивания).

Оперативный доступ (преимущественно СМ) имеет принципиальное значение для радикального оперативного вмешательства в области ротоглотки и выполнения пластического пособия.

Хирургическое вмешательство на регионарном лимфоколлекторе после ХЛТ РР с полным клиническим эффектом выполняется через 2 мес при доказанном персистирующем опухолевом процессе в ЛУ шеи.

При операбельных метастазах плоскоклеточного рака в ЛУ шеи без выявленного первичного очага выполняется хирургическое вмешательство с последующим динамическим наблюдением и в случае выявления первичной опухоли в ротоглотке – проведение радикального курса химиолучевого лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Hitt R. Randomised phase clinical trials of induction chemotherapy with either cisplatin\5-fluoracil or docetaxel\cisplatin\5-fluoracil followed by chemoradiotherapy for patients with unresectable locally advanced head and neck cancer. American society of clinical oncology, 42<sup>nd</sup> meeting, 2006.
2. Гладилина И.А., Шабанов М.А. Лучевое и химиолучевое лечение распространенного рака ротоглотки. Москва, 2001. 164 с.
3. Adelstein D.J. Squamous cell head and neck cancer. Humana press 2005, Totowa, New Jersey; p. 339.
4. Komer G. Capecitabine plus reirradiation in patients with recurrent squamous cell carcinoma of the head and neck. American society of clinical oncology, 42<sup>nd</sup> meeting, 2006.
5. Panje W.R., Morris M.R. The oropharynx. From: Soutar D.S., Tiwary R. Exision and reconstruction in head and neck cancer. Churchill Livingstone, 1994; p. 141–158.
6. Langdon J.D. Assesment and principles of management. Operative maxillofacial surgery. London, Chapman and Hall, 1998; p. 225–230.
7. Mehrotra B. Value of PET scan in treatment decision making for nodal metastases in head and neck squamous cancer. American society of clinical oncology, 42<sup>nd</sup> meeting, 2006.
8. Любаев В.Л. Хирургический метод в лечении местно-распространенного рака оболочки полости рта и ротоглотки. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1985.
9. Светицкий П.В., Исламова Е.Ф., Соловьева М.А. и др. Хирургическое лечение местно-распространенных форм рака слизистой оболочки полости рта и языка. Высокие технологии в онкологии. Материалы 5-го Всероссийского съезда онкологов. Казань, 2000. С. 310–3.
10. Стадин Г.И., Кицманюк З.Д., Чойнзонов Е.Л. Хирургическое лечение больных раком ротоглотки. Вестник оториноларингологии 1988;5:68–9.
11. Уваров А.А. Показания к хирургическому методу лечения при инфильтративных формах рака слизистой оболочки полости рта III и IV стадий. Опухоли головы и шеи. Сборник научных трудов. М., 1993. С. 69–72.
12. McGregor I.A., Mac Donald D.D. Mandibular osteotomy in the surgical approach to the oral cavity. Head and neck surgery 1983;5:457–62.
13. Panje W.R., Scher N. et al. Transoral carbon dioxide ablation for cancer, tumours and other diseases. Archives of otolaryngology. Head and Neck Surgery 1989;115:681–8.
14. Shah J.P., S.G. Pattel. Head and neck surgery and oncology. Mosby, New York, 2003; p. 829.
15. Spiro R.H., Gerold F.P., Shah J.P. et al. Mandibulotomy approach to oropharyngeal tumors. Am J Surg 1985;150:466–70.
16. Wolf G.T. The role and timing of surgical intervention as part of organ preserving, chemoradiation. Oral oncology 2005;1(1):42–4.
17. LaFerriere K.A., Session D.G. et al. Composite resection and reconstruction for oral cavity and oropharynx cancer. Archives of otolaryngology 1980;106:1003–6.
18. Sastre J., Naval L., Rodrigues-Campo F.L. et al. Straight midline mandibulotomy for approach to oropharyngeal and skull base tumours. J Craniomaxillofacial Surg 2000;28(Supple 3):275.