

Севил Багатуровна Алиева¹, Евгений Григорьевич Матякин²,
Игорь Александрович Задеренко³, Олег Александрович Жарков⁴

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТАТОЧНЫМИ И РЕЦИДИВНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ КУРСОВ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ГЛОТКИ

¹ К. м. н., старший научный сотрудник, радиологическое отделение отдела радиационной онкологии
НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва,
Каширское шоссе, д. 24)

² Профессор, д. м. н., заведующий хирургическим отделением верхних дыхательных и
пищеварительных путей НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН
(115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

³ К. м. н., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет МЗ и СР
(127206, РФ, г. Москва, ул. Вучетича, д. 9)

⁴ К. м. н., врач, хирургическое отделение верхних дыхательных и пищеварительных путей НИИ
клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, радиологическое отделение
отдела радиационной онкологии НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН,
Алиева Севил Багатуровна; e-mail: drsevil@mail.ru

В работе проведен анализ лечения 37 больных местнораспространенным плоскоклеточным раком головы и шеи III—IV стадии, которым были выполнены спасительные хирургические вмешательства по поводу рецидивных и/или остаточных опухолей после различных режимов химиолучевого лечения. Общая 5-летняя выживаемость составила 59%.

Ключевые слова: спасительные операции, плоскоклеточный рак, лучевая терапия, индукционная химиотерапия.

Одним из перспективных направлений в лечении местнораспространенных злокачественных новообразований головы и шеи является одновременное и/или последовательное применение лучевой и лекарственной терапии [1—4]. Клинический опыт показывает, что примерно у 50—70% больных при этом удается получить полный клинический эффект [5; 6] с сохранением пораженного опухолью органа. Однако у некоторых пациентов возникают рецидивы заболевания или продолжается рост опухоли, при этом возможности существующих методов специфического лечения оказываются резко ограниченными. Для оказания эффективной помощи таким больным в последнее время применяются хирургические методы в виде так называемых спасительных операций, позволяющие облегчить страдания в ряде случаев, а иногда и увеличить продолжительность жизни [7—9]. Мы имеем опыт клинического наблюдения 37 больных, которым были выполнены спасительные операции после

радикальных курсов химиолучевой терапии (ХЛТ) по поводу плоскоклеточного рака глоточного отдела верхних дыхательных и пищеварительных путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В течение 1998—2007 гг. 245 больным плоскоклеточным раком глотки III—IV стадии проведена ХЛТ в режимах индукционного, индукционно-одновременного и одновременного лечения с использованием цисплатина и фторурацила в сочетании с фотонным облучением. Планирование программы облучения, топометрическую подготовку больных осуществляли с использованием современной компьютерной технологии, лучевую терапию проводили в режиме конформного облучения в суммарной очаговой дозе 40—50 Гр (у 7 больных) и 66—70 Гр (у 30 пациентов). Химиотерапию проводили в общепринятых дозах и схемах по 2—3 цикла. Два цикла получили 33 (89,1%) больных, 3 цикла — 4 (10,8%) при первом и втором вариантах ХЛТ.

У 37 (15,1%) из 245 больных с рецидивными и/или остаточными опухолями выполнены спасительные операции после завершения курса ХЛТ. Распределение

больных в зависимости от варианта ХЛТ и исходной локализации опухоли в глотке представлено в табл. 1. У всех больных до начала ХЛТ имелась III (у 8) или IV (у 29) стадия заболевания с метастатическим поражением лимфатических узлов шеи, причем у 48,6% больных — N2 и у 10,8% — N3; только у 4 (10,8%) пациентов регионарные лимфатические узлы были интактными.

Согласно приведенным данным, спасительные операции при исходной локализации опухоли в носоглотке выполнены у одного из 39 больных (2,6%), при раке ротоглотки — у 10 из 105 (9,5%), при раке гортаноглотки — у 26 из 101 (25,7%). Таким образом, у большинства больных, которым выполнены спасительные операции, первичная опухоль локализовалась в гортаноглотке, среди 37 оперированных больных — у 70,3%. Такая разница по числу выполненных спасительных операций при различных исходных локализациях опухолей в глотке, по-видимому, объясняется относительно благоприятными условиями для их выполнения при раке гортаноглотки по сравнению с таковыми при раке носо- и ротоглотки.

Распределение больных в зависимости от вида хирургического лечения представлено в табл. 2. Число спасительных операций при втором варианте ХЛТ было несколько больше, чем при первом и третьем вариантах ХЛТ. У 67,5% больных спасительные операции выполнены в зонах регионарного метастазирования: у 17 (45,9%) — в виде операции Крайла, у 8 (21,6%) — в объеме фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи. У 12 (32,4%) пациентов выполнены комбинированные операции с одновременным иссечением клетчатки шеи, у 7 из них — в связи с неэффективностью лечения после первого этапа ХЛТ, у 5 — по поводу рецидива заболевания после завершения радикального курса ХЛТ. У 2 из этих больных одновременно выполнено закрытие дефекта тканей кожной пластикой.

Спасительные операции выполняли в разные сроки после окончания ХЛТ и в зависимости от характера остаточной рецидивной опухоли (от 1—2 до 25 мес и более). В частности, 22 больным операции были выполнены спустя 1—4 мес, 10 — спустя 5—10 мес, 5 пациентам — спустя 22—25 мес после окончания ХЛТ.

Одним из важных критериев оценки эффективности спасительных операций, несомненно, являются частота и характер осложнений, которые закономерно возникают после таких операций у тяжелых больных. Частота и характер этих осложнений определяются прежде всего объемом хирургического вмешательства, в частности использованием типичных или типично-комбинированных операций с иссечением клетчатки шеи. Наиболее часто при этом наблюдаются свищи, повреждение сонной артерии, некрозы тканей, оростомы. Эти осложнения обуславливают необходимость использования больших реконструктивных операций для закрытия дефектов тканей, что сопровождается значительным нарушением акта речи, глотания, дыхательной функции. Частота таких осложнений иногда достигает до 41—43% [9—11]. Среди 37 наблюдаемых нами больных типичные или типично-комбинированные операции были выполнены у 12 (табл. 3). Наиболее часто при этом наблюдались фарингостомы (у 2), глоточные свищи (у 3) с последующим их закрытием в ходе дополнительных хирургических вмешательств (у 2 из 12 больных). Нагноительные процессы в зоне послеоперационной раны наблюдались у 4 больных после операции Крайла или фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи.

Осложнения общего характера, связанные с нарушением дыхания, функции сердечно-сосудистой системы, развились у 7 больных: пневмония — у 3, мерцательная аритмия — у 2, хилорей — у одного, синдром Горнера — у одного больного. У 19 (51,4%) пациентов послеоперационный период протекал без осложнений с заживлением операционной раны первичным натяжением. Следует отметить, что используемые нами варианты ХЛТ существенно не влияли на частоту и характер послеоперационных осложнений. Они примерно одинаково часто наблюдались при первом, втором и третьем вариантах ХЛТ.

Отдаленные результаты лечения рассчитаны по методике Каплана—Майера, при этом 5-летняя выживаемость составила 59% у больных, которым проводились спасительные операции, и 49% — у больных, получавших только ХЛТ (208 пациентов). Эти результаты соответствуют данным литературы и даже несколько превосходят их. После хирургического лечения 137 больных

Таблица 1

Распределение больных, которым были выполнены спасительные операции, в зависимости от методики ХЛТ и исходной локализации опухоли в глотке

Методика ХЛТ	Вариант ХЛТ	Общее число больных	Спасительные операции	Носоглотка (n = 39)	Ротоглотка (n = 105)	Гортаноглотка (n = 101)
Индукционная ХТ + ЛТ	Первый	59	8 (13,6%)	—	—	8
Индукционная + одновременная ХЛТ	Второй	105	16 (15,2%)	1	8	7
Одновременная ХЛТ	Третий	81	13 (16%)	—	2	11
Всего		245	37 (15,1%)	1 (2,6%)	10 (9,5%)	26 (25,7%)

ЛТ — лучевая терапия; ХЛТ — химиолучевая терапия; ХТ — химиотерапия.

Таблица 2

Варианты спасительных операций после курса ХЛТ у больных раком глотки

Вариант ХЛТ	Число спасительных операций	Вид спасительных операций		
		Операция Крайла	ФФИ	Типичные и типично-комбинированные операции
Первый	8	4	2	2
Второй	16	7	4	5
Третий	13	6	2	5
Всего	37 (100%)	17 (45,9%)	8 (21,6%)	12 (32,4%)

ФФИ — фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи.

(с 1986 по 2000 г.), у которых радикальные курсы лучевой терапии оказались неэффективными, общая 5-летняя выживаемость составила 41% (от 35 до 55% — в зависимости от размеров рецидивной опухоли, или от 17 до 67% — в зависимости от наличия или отсутствия метастазов в регионарных лимфатических узлах) [10; 11]. Примерно такие же сведения приводятся в других публикациях [6; 8; 12; 13].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, спасительные хирургические вмешательства после радикальных курсов лучевой терапии или ХЛТ являются одним из важных компонентов в мультидисциплинарном подходе к планированию программы лечения больных с местнораспространенными новооб-

разованиями головы и шеи. Использование хирургических методов лечения у больных с остаточными и/или рецидивными опухолями после радикальных курсов ХЛТ местнораспространенного плоскоклеточного рака глотки позволяет оказать эффективную помощь этим тяжелым больным, достоверно увеличивая продолжительность их жизни с допустимым уровнем послеоперационных осложнений в отсутствие летальных исходов в послеоперационный период.

ЛИТЕРАТУРА

1. Химиолучевая терапия местнораспространенного рака головы и шеи III—IV стадии / Алиева С. Б., Ткачев С. И., Любаев В. Л., Матякин Е. Г., Субраманиан С., Айдарбекова А. А. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2007. — Т. 18, № 2. — С. 39—42.

Таблица 3

Частота и характер осложнений после спасительных операций, выполненных после курса ХЛТ у больных раком глотки

Послеоперационные осложнения	Число осложнений ^а	Суммарная очаговая доза, Гр		
		40—50	66—68	69—70
Нагноение операционной раны	4	1	2	1
Пневмония	3	1	1	1
Глоточные свищи	3	—	—	3
Фарингостома	4	—	2	2
Хилорея	1	—	—	1
Мерцательная аритмия	2	1	1	—
Синдром Горнера	1	—	—	1
Общее число осложнений	18 (48,6)	3	6	9
Осложнений не было	19 (51,4)	—	—	—

^а В скобках указаны проценты.

2. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г. — М., 2004. — 279 с.
3. Laccourreye O., Muscatello L., Laccourreye L. Local failure after supracricoid partial laryngectomy: symptoms, management and outcome // *Laryngoscope*. — 1998. — Vol. 108, N 2. — P. 339—344.
4. Тюляндин С. А. Лечение тошноты и рвоты, обусловленной химиотерапией // *Практ. онкол.* — 2001. — № 1. — С. 49—53.
5. Jones A. S. The management of early hypopharyngeal cancer: Primary radiotherapy and salvage surgery // *Clin. Otolaryngol.* — 1992. — Vol. 17, N 2. — P. 545—549.
6. Laverty P., Bonafede, Adelstein D. J. Comparison of surgical complications after organ-preservation therapy in patients with stage III or IV squamous cell head and neck cancer // *Acta Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 1998. — Vol. 124, N 2. — P. 401—406.
7. Adelstein D. J. Concurrent chemoradiotherapy: impact on survival and organ preservation // *Squamous Cell Head and neck Cancer / Adelstein D. J. (ed.). — Humana Press, 2005. — P. 258.*
8. Jorgensen K., Goaballe C., Olfred H. Cancer of the larynx: treatment after radiotherapy with salvage surgery in a series of 1005 patients // *Acta Oncol.* — 2002. — Vol. 41, N 2. — P. 69—72.
9. Lee W. T., Esclamado R. M. Salvage surgery after chemoradia-

tion therapy // *Squamous Cell Head and neck Cancer / Adelstein D. J. (ed.). — Humana Press, 2005. — P. 69—78.*

10. Матякин Е. Г., Уваров А. А., Парамонов В. А. Особенности хирургических вмешательств у больных раком полости рта и ротоглотки после радикального курса лучевой терапии // *Мед. радиол.* — 1999. — Т. 1, № 36. — С. 33—36.

11. Ольшанский О. В. Методика распознавания и хирургического лечения рецидивов и остаточной опухоли слизистой оболочки органов полости рта после лучевой терапии: Метод. реком. — М.: МЗ и МП РФ и МНИОИ им. П. А. Герцена, 1995. — С. 6.

12. Послеоперационные осложнения у больных раком полости рта и ротоглотки, оперированных по поводу остаточных опухолей и местных рецидивов после лучевой терапии / Федотенко С. П., Кропотов М. А., Ткачев С. И., Жарков О. А. // *Рос. стоматол. журн.* — 2007. — № 4. — С. 75—78.

13. Жарков О. А. Эффективность хирургического лечения больных раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки после радикальной лучевой терапии: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2007. — 16 с.

Поступила 01.03.2009

*Sevil Bagaturovna Aliyeva¹, Evgeniy Grigorievich Matyakin²,
Igor Alexandrovich Zaderenko³, Oleg Alexandrovich Zharkov⁴*

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RESIDUAL TUMORS AFTER DEFINITIVE CHEMORADIO THERAPY FOR PHARYNGEAL CANCER

¹ MD, PhD, Senior Researcher, Radiation Oncology Department, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

² MD, Professor, Head, Upper Respiratory and Digestive Tract Surgery Department, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

³ MD, PhD, Assistant, Chair of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow State Medical Dentistry
University (9, ul. Vucheticha, Moscow, 127206, Russian Federation)

⁴ MD, PhD, Physician, Upper Respiratory and Digestive Tract Surgery Department, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

Address for correspondence: Aliyeva Sevil Bagaturovna, Radiation Oncology Department, N. N. Blokhin
RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation; e-mail: drsevil@mail.ru

The paper analyzes treatment outcomes in 37 cases with stage III—IV locally advanced squamous-cell head and neck carcinoma undergoing salvage surgery for recurrent and/or residual tumors after various chemoradiotherapy regimens. The overall 5-year survival was 59%.

Key words: salvage surgery, squamous-cell carcinoma, radiotherapy, induction chemotherapy.