

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Е.Л. Дронова

*Отдел лучевой диагностики и рентгенохирургических методов лечения
РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва*

Злокачественные опухоли ротоглотки и полости рта составляют 2–5 % от всех злокачественных опухолей, или 2 % от всех опухолей у мужчин и 0,5 % у женщин. В свою очередь, полость рта представляет собой сложную в анатомо-топографическом соотношении область, в формировании которой участвуют губы, язык, дно полости рта, верхняя и нижняя челюсти, а также твердое и мягкое небо и передние небные дужки. Многообразие органов и тканей полости рта обуславливает и множество патологических процессов, в ней развивающихся.

Особенности клинического развития опухолей данной зоны (немые, малосимптомные опухоли и подслизистый рост) часто приводят к диагностике опухолевого процесса в далеко зашедшей стадии, что приводит к использованию дополнительных методов обследования, помимо местного осмотра. Гиподиагностика опухолевого поражения данной области или гипердиагностика могут привести к ошибке в установлении стадии процесса и необоснованному назначению лучевой терапии или выбору неадекватного объема оперативного вмешательства. Часты случаи поздней диагностики новообразований данного региона, по данным литературы, более чем у 80 % больных правильный клинический диагноз ставится лишь спустя 6–8 мес после появления первых признаков заболевания.

Необходимо уточнить, что под понятием «распространенность опухолевого процесса» понимаются не только определение границ опухоли и оценка соотношения ее с соседними структурами, но и выявление регионарных метастазов в лимфатические узлы шеи, а также выявление и оценка отдаленных метастазов.

Для получения полной информации о распространенности опухолевого процесса используются такие методы лучевой диагностики,

как КТ (МСКТ), МРТ, УЗИ и рентгеновское исследование. В настоящее время компьютерно-томографическое исследование является ведущим методом в рентгенодиагностике опухолей челюстно-лицевой области, гортани и глотки. Несомненным достоинством данного метода исследования является возможность получения изображения как мягкотканых, так и костных структур, достаточно точной оценки распространенности патологического процесса и проведения дифференциальной диагностики с воспалительными изменениями.

Несмотря на то, что компьютерная томография является общепризнанным методом визуализации при патологии головы и шеи, она все чаще заменяется магнитно-резонансной томографией (особенно у контактных пациентов), так как данный метод наилучшим образом позволяет выявить различия между опухолевой тканью, мышцами и жировой клетчаткой. Кроме того, МРТ более точна в дифференциальной диагностике воспалительных и опухолевых поражений, позволяя различать ткани по интенсивности сигнала на T2ВИ или на T1ВИ после в/венного контрастирования. Принципиально диагностическая эффективность КТ и МРТ одинакова при уточнении местной распространенности злокачественных опухолей орофарингеальной зоны с учетом применения (при распространенных процессах) контрастного усиления.

Поражение костных структур выявляется только по данным КТ, хотя МРТ позволяет оценить вовлечение «непораженной кости (без деструкции коркового слоя кости)» по признакам, указывающим на поражение костного мозга. Оценка распространенности опухолей гортани по данным КТ и МРТ может быть затруднена из-за наличия зоны перифокального воспаления, что затрудняет оценку истинного распространения опухоли в сторону гипердиагностики.

В свою очередь, при оценке рецидивных процессов после оперативного вмешательства или лучевой терапии эффективность МРТ выше, однако в большинстве случаев требуется применение внутривенного контрастирования.

И все же необходимо понимать, что у многих пациентов КТ и МРТ представляют собой дополняющие друг друга методики и окончательный ответ лучевого диагноста будет складываться на основании информации этих двух методов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ РАНЕЕ ПРОВЕДЕННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

О.А. Жарков, С.П. Федотенко, С.Б. Алиева

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Лучевая терапия рака слизистой оболочки полости рта до настоящего времени является наиболее распространенным методом лечения. В России в 2006 г. лучевое лечение применено более чем у 80 % больных, при этом в 38 % случаев она использована как самостоятельный метод лечения рака полости рта и глотки. В связи с наличием рецидива или остаточной опухоли часть данных пациентов подвергаются операции в различные сроки после облучения.

Цель. Оценить возможности хирургического лечения больных раком слизистой оболочки полости рта (СОПР) после предшествующей лучевой терапии.

Материал и методы. В исследование включены 130 больных с рецидивом или продолженным ростом рака СОПР, оперированных за период с 1980 по 2000 г. в сроки от 1 до 60 мес после облучения в СОД более 50 Гр. Рак языка был у 67, дна полости рта – у 47, рак альвеолярной части нижней челюсти – у 10 и рак щеки – у 6 больных. Размер рецидивной/остаточной опухоли у 37 пациентов – до 2 см, у 93 – более 2 см. У 102 (78,4 %) пациентов операции были комбинированными, в том числе с резекцией нижней челюсти у 92 больных. В 88 случаях одновременно выполнена радикальная шейная диссекция, у 36 пациентов выявлены метастазы в лимфоузлы шеи. Одномоментное замещение дефекта выполнено 91 больному, в основном кожно-мышечными лоскутами (72 пациента).

Результаты. Для оценки частоты осложнений в зависимости от дозы лучевой терапии выделены три группы больных: I – ДГТ в СОД

от 50 до 60 Гр (28), II – ДГТ в СОД более 60 Гр (46) и III группа – сочетанная лучевая терапия в СОД более 60 Гр (56). Местные осложнения развились у 57 % больных. Наиболее часто осложнения отмечены у больных II группы – в 63 % случаев по сравнению с больными I и III групп – в 42,8 % и 58,9 % соответственно. Наиболее тяжелые осложнения также преобладали во II группе – у 19,5 % больных, в I и III группах они были в 3,5 % и 10,7 % случаев соответственно. При комбинированных операциях осложнения отмечены у 66,6 %, при стандартных – у 21,4 % больных. Выявлено изменение частоты послеоперационных осложнений в зависимости от величины интервала между окончанием лучевой терапии и операцией, но зависимость эта не является линейной. Наиболее часто они имели место в группе с интервалом 3–6 мес.

Прогрессирование опухолевого процесса отмечено у 55 пациентов. Рецидивы в области первичной опухоли установлены у 34 больных, из них у 12 отмечены регионарные метастазы. Прогрессирование в виде регионарных метастазов отмечено в 21 случае. В этой группе преобладали пациенты с размером опухолевого процесса более 2 см – 80 %. Большая часть больных (65 %) была оперирована в первые 6 мес после окончания лучевой терапии. Общая 5-летняя выживаемость составила 44,5 %, в т.ч. при раке дна полости рта – 40,2 %, при раке языка – 48,5 %. При размерах опухолевого процесса до 2 см 5-летняя выживаемость – 56,7 %, более 2 см – 37,6 %. При наличии регионарных метастазов 5-летняя выживаемость составила