

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Анна Валерьевна Епихина¹, Михаил Алексеевич Кропотов²,
Дмитрий Константинович Стельмах³, Сергей Иванович Ткачев⁴,
Екатерина Леонидовна Дронова⁵, Галина Тимофеевна Синюкова⁶,
Гонча Фариговна Аллахвердиева⁷*

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ РОТОГЛОТКИ С РЕГИОНАРНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ

¹ Аспирант, хирургическое отделение № 4 опухолей черепно-челюстно-лицевой области НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

² Д. м. н., заведующий, хирургическое отделение № 4 опухолей черепно-челюстно-лицевой области НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

³ Научный сотрудник, хирургическое отделение № 4 опухолей черепно-челюстно-лицевой области НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁴ Профессор, г. м. н., заведующий, отдел радиационной онкологии НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁵ Врач, рентгенодиагностическое отделение НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁶ Профессор, г. м. н., заведующая, отделение ультразвуковой диагностики НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁷ К. м. н., научный сотрудник, отделение ультразвуковой диагностики НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24,
НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН,
хирургическое отделение № 4 опухолей черепно-челюстно-лицевой области,
Кропотов Михаил Алексеевич; e-mail: drkropotov@mail.ru

При выборе тактики лечения больных раком ротоглотки необходимо учитывать высокую частоту регионарного метастазирования, так как именно наличие метастазов на шее служит важнейшим признаком, значительно ухудшающим прогноз заболевания. В настоящем исследовании проанализированы результаты лечения 44 больных раком ротоглотки с метастазами в регионарных лимфатических узлах N2—N3. У всех наблюдаемых больных опухолевый процесс в лимфатических узлах шеи был подтвержден с помощью пункции и последующего цитологического исследования. В ходе исследования выявлены особенности метастазирования рака ротоглотки в зависимости от стадии Т и оценена эффективность химиолучевого метода лечения в отношении первичной опухоли и регионарных метастазов. При полной регрессии опухоли в ротоглотке и частичной регрессии регионарных метастазов показана диссекция шейных лимфатических узлов. В случае полной регрессии первичной опухоли и регионарных метастазов показано динамическое наблюдение.

Ключевые слова: ротоглотка, регионарные метастазы, диссекция шейных лимфатических узлов.

Рак ротоглотки (РРГ) составляет 0,48% всех злокачественных новообразований и занимает 4-е место среди опухолей головы и шеи. Почти 80% больных поступают

на лечение в специализированные стационары с местно-распространенной формой заболевания.

При выборе тактики лечения РРГ необходимо учитывать высокую частоту его регионарного метастазирования, так как именно метастазы в лимфатических узлах шеи являются важнейшим прогностическим признаком. По данным разных авторов [1; 2], при наличии регионар-

ных метастазов у больных РРГ 5-летняя выживаемость снижается более чем на 50%.

В своем исследовании С. Hatta и соавт. [3] наблюдали 72 больных раком корня языка и выяснили, что при N0 общая 5-летняя выживаемость составляет 65,9%, а при наличии регионарных метастазов — снижается до 21,7%.

Основным методом лечения первичной опухоли у больных РРГ является лучевая терапия в сочетании с неоадьювантной или конкурентной химиотерапией.

Биологическая особенность РРГ — высокая чувствительность первичной опухоли к лекарственному и лучевому лечению, в то время как метастазы менее чувствительны к данным видам лечения [4]. Как правило, удается добиться полной регрессии первичной опухоли после проведения неоадьювантной химио- и лучевой терапии по радикальной программе (суммарная очаговая доза — СОД = 70 Гр). По данным разных авторов, частота полных регрессий при РРГ составляет почти 70% [5; 6].

В случае достижения полного эффекта от химиолучевого лечения первичной опухоли в ротоглотке особую важность приобретает тактика лечения регионарных метастазов, выбор которой зависит от стадии N до начала лечения и от динамики в процессе лечения.

У большинства больных РРГ регионарные метастазы поражают II, III и IV уровни лимфатических узлов шеи. Это подтверждает гистологическое исследование послеоперационного материала, проведенное у больных данной группы. В исследовании S. Chodyncki и соавт. 76 больным РРГ с метастазами, соответствующими N2—N3, на первом этапе было проведено химиолучевое лечение с облучением зон регионарного метастазирования и с последующим радикальным хирургическим вмешательством на шее, включавшим I—V уровни лимфатических узлов. Результаты данной работы показали, что при метастазах РРГ диссекция шейных лимфатических узлов должна обязательно включать удаление шейной клетчатки II—IV уровней, в то время как клетчатка I и V уровней должна удаляться только при определяемых клинически или с помощью ультразвукового исследования метастазах [7].

Характеристика метастатических узлов на шее также влияет на прогноз. При пальпируемых метастазах прогноз хуже, чем в их отсутствие. Неблагоприятным фактором служит также множественное поражение лимфатических узлов шеи. Кроме того, значительно ухудшает прогноз и повышает риск рецидива распространение опухоли за пределы капсулы лимфатического узла.

По данным S. L. Devaney и соавт. [8], при экстракапсулярном распространении метастазов по сравнению с его отсутствием безрецидивная выживаемость сокращается на 50%. В свою очередь, частота экстракапсулярного распространения зависит от размеров метастатического узла. Так, авторами [8] отмечено, что при размере метастатического узла менее 1 см экстракапсулярное распространение наблюдается в 23% случаев, при размере узла 2—3 см — в 53% случаев, а при размере узла более 3 см — в 75% случаев.

Абсолютное большинство больных поступает с местнораспространенным метастатическим процессом на шее. Несмещаемые, так называемые вколоченные, шейные метастазы ассоциируются с крайне неблаго-

приятным прогнозом, так как опухоль распространяется за капсулу узла в окружающие структуры, включая кожу, внутреннюю яремную вену, блуждающий нерв, наружную и внутреннюю сонные артерии. По данным J. T. Johnson и соавт. [9], экстракапсулярное распространение регионарных метастазов РРГ повышает риск рецидива метастазов, а также отдаленного метастазирования после радикального лечения. Таким образом, чем выше N, тем хуже прогноз заболевания.

По данным литературы, вопрос о выборе тактики лечения метастазов РРГ в лимфатические узлы шеи остается нерешенным.

При полной регрессии первичной опухоли и регионарных метастазов после химиолучевого лечения некоторые авторы [10; 11] предлагают динамическое наблюдение за пациентами. Другие [12; 13] настаивают на обязательном выполнении этим больным плановой диссекции шейных лимфатических узлов с целью предотвращения рецидива метастазов на шее. Такую более агрессивную тактику в отношении больных, у которых достигнута полная регрессия регионарных метастазов, объясняют тем, что при гистологическом исследовании операционного материала примерно у 20% больных в удаленных лимфатических узлах обнаруживают жизнеспособные опухолевые клетки.

При частичной регрессии регионарных метастазов после химиолучевого лечения большинство авторов [10—13] рекомендуют выполнять диссекцию шейных лимфатических узлов. Такие рекомендации также основываются на данных гистологического исследования операционного материала — более чем у 50% больных в клетчатке шеи обнаружены жизнеспособные опухолевые клетки. Однако у отдельных больных с неполной регрессией регионарных метастазов по данным клинического осмотра и инструментального обследования после химиолучевого лечения, которым также была выполнена операция на шее, при гистологическом исследовании в лимфатических узлах шеи выявлен лечебный патоморфоз IV степени. Учитывая эти данные, некоторые авторы [14] предлагают динамическое наблюдение даже в случае неполного эффекта на шее после химиолучевого лечения. Другие [12; 15] помимо оценки эффективности химиолучевого лечения настоятельно предлагают оценку N до лечения. Всем больным с N2 и N3 они выполняют плановую диссекцию шейных лимфатических узлов, даже если удалось достичь полной регрессии регионарных метастазов после химиолучевого лечения.

Таким образом, большинство авторов [6; 12; 13; 15] сходятся во мнении, что диссекция шейных лимфатических узлов играет огромную роль в лечении РРГ с регионарными метастазами у больных, у которых отмечался частичный ответ на химиолучевое лечение. Нет необходимости выполнять диссекцию шейных лимфатических узлов при метастазах РРГ, соответствующих N1, если получен полный ответ на химиолучевое лечение. При метастазах РРГ N2—N3 с полным ответом на химиолучевое лечение вопрос о диссекции шейных лимфатических узлов остается нерешенным. Однако мнение большинства авторов заключается в том, что после плановой диссекции шейных лимфатических узлов безрецидивная выживаемость выше, чем в тех случаях, когда операция на шее не прово-

дилась. В то же время большинство авторов настаивают на плановой диссекции шейных лимфатических узлов в группе больных с метастазами N2—N3, у которых получен частичный ответ на химиолучевое лечение.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 44 пациента с диагнозом «РРГ», которые получали лечение в НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН с 1986 по 2009 г. У всех пациентов на момент обращения в РОНЦ был диагностирован морфологически верифицированный первичный РРГ с метастазами в лимфатических узлах шеи, соответствующими N2—N3, что было подтверждено данными клинического обследования, ультразвукового исследования и компьютерной томографии (КТ). Кроме того, у всех больных при пункции увеличенных узлов на шее и цитологическом исследовании пунктата получена цитологическая верификация метастатического поражения шейных лимфатических узлов.

В исследовании участвовали 38 мужчин и 6 женщин. Преобладали больные в возрасте от 41 года до 60 лет (80%).

В табл. 1 представлено распределение больных в соответствии со стадиями T и N. Наибольшее число — 27 (61,3%) человек — составили больные с первичной опухолью T2—T3. Меньше всего было больных с первичной опухолью T1 — 7 (15,9%) и с первичной опухолью T4 — 10 (22,8%).

У большинства больных регионарные метастазы соответствовали N2b — 54,5%, на 2-м месте шли больные с метастазами N2a — 20,5%, меньше было больных с N2c и N3 — 13,6 и 11,4% соответственно.

Из табл. 1 видно, что распространенность метастазов (N) прямо пропорциональна распространенности первичной опухоли (T).

При первичной опухоли T1—T2 наиболее часто встречалось метастатическое поражение, соответствующее N2a—N2b, — у 20 (45,4%) больных; значительно реже наблюдались метастазы N3 — у 2 (4,6%) больных; ни в одном случае не выявлено метастазов N2c.

При первичной опухоли T3 метастатическое поражение N2a—N2b выявлено у 9 (20,4%) больных, N2c — у 3 (6,8%) больных и ни у одного больного не обнаружено метастазов N3.

При первичной опухоли T4 метастатическое поражение N2a—N2b выявлено у 4 (9,1%) больных, N2c — у 3 (6,8%), N3 — также у 3 (6,8%).

У всех пациентов наблюдалась разная локализация первичной опухоли в ротоглотке. Наиболее часто встречалось поражение боковой стенки — у 26 (59,1%) больных. Распространение за пределы ротоглотки выявлено в 10 (22,7%) случаях. Значительно реже наблюдалось изолированное поражение корня языка — у 4 (9,1%) больных, мягкого неба — у 3 (6,8%), задней стенки ротоглотки — у 1 (2,3%) больных.

У всех больных диагноз был подтвержден морфологически. Наиболее часто, в 36 (81,9%) случаях, наблюдался плоскоклеточный ороговевающий рак, у 5 (11,3%) больных был выявлен плоскоклеточный неороговевающий рак, а у 3 (6,8%) — недифференцированный рак носоглоточного типа.

Чаще всего — у 34 (77,3%) больных — шейные метастазы располагались в лимфатических узлах верхней и средней трети шеи (II—III уровни). Редко — у 4 (9,1%) больных — встречалось изолированное поражение лимфатических узлов I—II уровней. Двустороннее поражение отмечено у 6 (13,6%) больных (табл. 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всем 44 больным на первом этапе проведено химиолучевое лечение. Вначале проводили 2—3 курса химиотерапии с интервалом 21 день, затем — дистанционную лучевую терапию по расщепленному курсу в 2 этапа до СОД 70 Гр. Через 6—8 нед после окончания химиолучевого лечения оценивали его эффективность и определяли дальнейшую тактику ведения (см. рисунок). Число курсов химиотерапии зависело от чувствительности к ней опухоли, переносимости основным лечением и наличия и выраженности побочных эффектов.

При плоскоклеточном раке применяли схему PF (цисплатин + 5-фторурацил): цисплатин, 100 мг/м² внутривенно капельно на фоне водной нагрузки, в 1-й день + 5-фторурацил, 750 мг/м² внутривенно в виде суточной инфузии, с 1-го по 5-й день. При недифференцированном раке носоглоточного типа использовали схему АСОР + цисплатин: доксорубин (40 мг/м² внутривенно), циклофосфамид (600 мг/м² внутривенно) и винкристин (2 мг внутривенно) — в 1-й день + цисплатин, 100 мг/м² внутривенно капельно на фоне водной нагрузки в 4-й день.

После химиотерапии всем 44 больным была проведена дистанционная лучевая терапия по расщепленной программе с разовой очаговой дозой 2 Гр до СОД 70 Гр на область первичной опухоли, до СОД 60 Гр — на шейно-надключичные области и до СОД 66 Гр — локально на метастазы, после чего оценивали непосредственные результаты лечения. Для оценки эффективности химиолучевого лечения применяли клиническое обследо-

Таблица 1
Распределение больных в зависимости от распространенности первичной опухоли в ротоглотке (T) и регионарных метастазов (N)^a

Стадия T	Стадия N				
	N2			N3	Всего
	N2a	N2b	N2c		
T1	3 (6,8)	3 (6,8)	–	1 (2,3)	7 (15,9)
T2	2 (4,5)	12 (27,3)	–	1 (2,3)	15 (34,1)
T3	3 (6,8)	6 (13,6)	3 (6,8)	–	12 (27,2)
T4	1 (2,4)	3 (6,8)	3 (6,8)	3 (6,8)	10 (22,8)
Всего	9 (20,5)	24 (54,5)	6 (13,6)	5 (11,4)	44 (100)

^a В скобках указаны проценты.

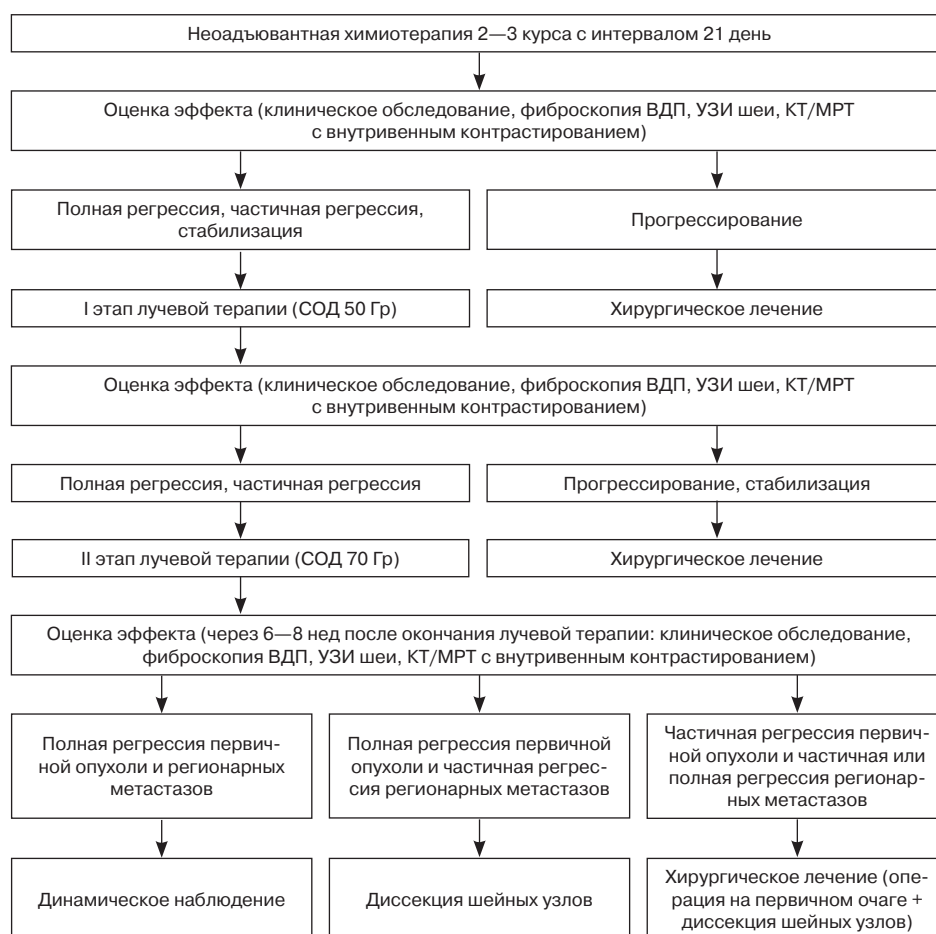


Рисунок. Схема лечения больных РРГ. ВДП — верхние дыхательные пути.

ние, фиброскопию верхних дыхательных путей, ультразвуковое исследование, КТ или магнитно-резонансную томографию (МРТ) с внутривенным контрастным усилением.

После лучевой терапии по радикальной программе полная регрессия первичной опухоли отмечена у 35 (79,5%) из 44 больных, из них у 21 (60%) — с Т1—Т2, у 14 (40%) — с Т3—Т4 (табл. 3).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от стадии Т и локализации регионарных метастазов РРГ^а

Стадия Т	Уровень поражения шейных лимфатических узлов							Общее число больных
	I	II	III	I, II	II, III	II, III, IV	Поражение шеи с двух сторон	
Т1	–	6 (13,6)	–	1 (2,3)	–	–	–	7 (15,9)
Т2	–	12 (27,2)	1 (2,3)	1 (2,3)	–	1 (2,3)	–	15 (34,1)
Т3	–	7 (16,0)	–	–	2 (4,5)	–	3 (6,8)	12 (27,2)
Т4	1 (2,3)	4 (9,1)	–	1 (2,3)	1 (2,3)	–	3 (6,8)	10 (22,8)
Всего	1 (2,3)	29 (65,9)	1 (2,3)	3 (6,8)	3 (6,8)	1 (2,3)	6 (13,6)	44 (100)

^а В скобках указаны проценты.

Таблица 3

Оценка эффективности химиолучевого лечения в зависимости от распространенности первичной опухоли Т^а

Стадия Т	Эффект химиолучевого лечения				Всего
	полная регрессия	частичная регрессия	стабилизация	прогрессирование	
T1	7 (100)	–	–	–	7 (100)
T2	14 (93,3)	–	1 (6,7)	–	15 (100)
T3	9 (75)	3 (25)	–	–	12 (100)
T4	5 (50)	4 (40)	–	1 (10)	10 (100)
Всего	35 (79,5)	7 (15,9)	1 (2,3)	1 (2,3)	44 (100)

^а В скобках указаны проценты.

Следует отметить, что полная регрессия опухоли в ротоглотке получена у 79,5% пациентов независимо от стадии Т. При опухоли Т1 полная регрессия получена в 100% случаев, при Т2 — в 93,3%, при Т3 — в 75%, при Т4 — в 50% случаев.

Частичная регрессия первичной опухоли отмечена у 7 (15,9%) из 44 больных: у 3 (42,9%) больных с Т3 и у 4 (57,1%) больных с Т4. Кроме того, у 1 (2,3%) больного с Т2 отмечена стабилизация процесса в ротоглотке и у 1 (2,3%) больного с Т4 выявлено прогрессирование. У этих 9 пациентов наблюдалось прогрессирование или стабилизация процесса в регионарных метастазах (табл. 4). Все 9 пациентов были исключены из нашего исследования, так как им проводилось хирургическое вмешательство и на первичном очаге, и на шейном лимфатическом коллекторе.

При оценке эффективности радикального курса химиолучевого лечения в отношении регионарных метастазов полная регрессия метастазов отмечена у 19 (43,2%) из 44 больных. Из них у 17 (89,5%) распространенность

метастазов соответствовала N2a—N2b, у 2 (10,5%) — N2c (см. табл. 4).

Частичная регрессия регионарных метастазов наблюдалась у 16 из 44 больных, что составило 36,4%. У 10 (62,5%) из них метастазы соответствовали N2a—N2b, у 6 (37,5%) — N2c—N3.

Следует отметить, что ответ на химиолучевое лечение регионарных метастазов зависит от их распространенности. При метастазах, соответствующих N2a, полный эффект был получен в 33,3% случаев, частичный — в 55,6% случаев, у 1 (11,1%) больного была достигнута стабилизация процесса на шее. При метастазах N2b у 14 (58,3%) больных отмечен полный эффект, у 5 (20,8%) — эффект, у 1 (4,2%) — стабилизация, у 4 (16,7%) больных выявлено прогрессирование процесса на шее. При метастазах N2c в одинаковом числе случаев (по 33,3%) были достигнуты полные и частичные регрессии, а также было выявлено прогрессирование процесса на шее.

Обращает на себя внимание тот факт, что ни у одного из больных с метастазами N3 не получено полной регрес-

Таблица 4

Оценка эффективности химиолучевого лечения в зависимости от распространенности регионарных метастазов N^а

Стадия N	Эффект химиолучевого лечения				Всего
	полная регрессия	частичная регрессия	стабилизация	прогрессирование	
N2a	3 (33,3)	5 (55,6)	1 (11,1)	–	9 (100)
N2b	14 (58,3)	5 (20,8)	1 (4,2)	4 (16,7)	24 (100)
N2c	2 (33,3)	2 (33,3)	–	2 (33,3)	6 (100)
N3	–	4 (80)	–	1 (20)	5 (100)
Всего	19 (43,2)	16 (36,4)	2 (4,5)	7 (15,9)	44 (100)

^а В скобках указаны проценты.

Таблица 5

Результаты лечения больных РРГ с регионарными метастазами в группе динамического наблюдения^а

Стадия N	Всего	Без рецидива	Рецидив метастазов на шее	Всего живы
N2a	3 (100)	3 (100)	–	3 (100)
N2b	14 (100)	12 (85,7)	2 (14,3)	14 (100)
N2c	2 (100)	2 (100)	–	2 (100)
Всего	19 (100)	17 (89,5)	2 (10,5)	19 (100)

^а В скобках указаны проценты.

сии. У 80% этих больных отмечена частичная регрессия, у 20% — прогрессирование опухоли в лимфатических узлах шеи.

Таким образом, чем выше степень распространения регионарных метастазов, тем хуже ответ на лечение (см. табл. 4).

В итоге после оценки эффективности химиолучевого лечения все 35 пациентов с полным эффектом в ротоглотке были разделены на 2 группы: группу динамического наблюдения и группу хирургического лечения.

Группу динамического наблюдения составили 19 (54,3%) из 35 больных, у которых после окончания химиолучевого лечения отмечена полная регрессия как первичной опухоли, так и регионарных метастазов. В этой группе было 3 (15,8%) больных с метастазами N2a, 14 (73,7%) — с N2b и 2 (10,5%) — с N2c.

В группе динамического наблюдения из 19 больных 17 (89,5%) живы более 5 лет без прогрессирования, из них 3 — с метастазами N2a, 12 — с N2b, 2 — с N2c. У 2 (10,5%) больных с распространенностью метастазов N2b в течение 1 года диагностирован рецидив метастазов на шее и проведено хирургическое лечение в объеме фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи (ФФИКСШ) на стороне поражения; эти пациенты живы более 5 лет без прогрессирования. Таким образом, в группе динамического наблюдения общая 5-летняя выживаемость составила 100% (19 больных из 19), безрецидивная 5-летняя выживаемость — 89,5% (17 больных из 19; табл. 5).

В группу хирургического лечения были включены 16 из 35 (45,7%) больных, у которых отмечены полная регрессия первичной опухоли и частичная регрессия регионарных метастазов. В эту группу вошли 5 (31,25%) больных с метастазами N2a, 5 (31,25%) — с N2b, 2 (12,5%) — с N2c и 4 (25%) — с N3.

Пациентам данной группы выполнены хирургические вмешательства различного объема на регионарном лимфатическом коллекторе. Все операции проведены в пределах здоровых тканей. ФФИКСШ на стороне поражения выполнено 8 (50%) больным, у 5 из которых метастазы соответствовали N2a, у 3 — N2b. Двум (12,5%) больным с метастазами N2c выполнено ФФИКСШ с двух сторон. Операция Крайла на стороне поражения выполнена 6 (37,5%) больным, из которых у 2 метастазы соответствовали N2b, у 4 — N3.

Из 16 прооперированных больных у 8 (50%) при гистологическом исследовании операционного материала в лимфатических узлах обнаружен лечебный патоморфоз IV степени, из них 5 (31,25%) больных — с метастазами N2a, 3 (18,75%) — с N2b. Все 8 пациентов, у которых выявлен патоморфоз IV степени, прожили без рецидива более 5 лет.

У 8 (50%) больных в удаленных лимфатических узлах обнаружены опухолевые клетки с признаками лечебного патоморфоза II—III степени. При этом у 2 (12,5%) больных метастазы соответствовали стадии N2b, у 2 (12,5%) — N2c, у 4 (25%) — N3 (табл. 6).

У 8 пациентов хирургической группы с лечебным патоморфозом II—III степени в удаленных метастатических узлах прогрессирование отмечено в 6 (75%) случаях. Один пациент с метастазами N2b повторно прооперирован на регионарном лимфатическом коллекторе и жив в течение 5 лет без признаков рецидива. Остальным 5 больным проводилось симптоматическое лечение.

Таким образом, в группе хирургического лечения общая 5-летняя выживаемость составила 68,8% (умерли 11 больных из 16), безрецидивная 5-летняя выживаемость — 62,5% (умерли 10 больных из 16; табл. 7).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наиболее важными факторами прогноза РРГ являются эффективность химиолучевого лечения первичной опухоли в ротоглотке и регионарных метастазов, а также степень лечебного патоморфоза в опухолевых узлах после хирургического лечения.

Таблица 6

Распределение больных в группе хирургического лечения в зависимости от гистологического заключения^а

Гистологическое заключение	Стадия N				Всего
	N2a	N2b	N2c	N3	
Патоморфоз II—III степени	–	2 (25)	2 (25)	4 (50)	8 (100)
Патоморфоз IV степени	5 (62,5)	3 (37,5)	–	–	8 (100)
Всего	5 (31,25)	5 (31,25)	2 (12,5)	4 (25)	16 (100)

^а В скобках указаны проценты.

Таблица 7

Результаты, полученные у больных РРГ с регионарными метастазами в группе хирургического лечения^a

Стадия N	Всего	Без рецидива	Рецидив метастазов на шее	Всего живы
N2a	5 (100)	5 (100)	—	5 (100)
N2b	5 (100)	3 (60)	2 (40)	4 (80)
N2c	2 (100)	—	2 (100)	—
N3	4 (100)	2 (50)	2 (50)	2 (50)
Всего	16 (100)	10 (62,5)	6 (37,5)	11 (68,7)

^a В скобках указаны проценты.

При РРГ эффективность химиолучевого лечения выше в отношении первичной опухоли, чем в отношении регионарных метастазов. Частота полной регрессии первичной опухоли составляет 79,5%, регионарных метастазов — 43,2%.

При лечении местнораспространенного РРГ крайне важна точная оценка степени регрессии регионарных метастазов.

В случае полной регрессии первичной опухоли и регионарных метастазов показано динамическое наблюдение, так как частота рецидивов метастазов низкая (10,5%), а общая выживаемость достигает 100%. При частичной регрессии регионарных метастазов показана диссекция шейных лимфатических узлов. При этом прогностически важным фактором является степень лечебного патоморфоза (при IV степени выживаемость составляет 100%, при II—III степени — 62,5%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Manaki N. Management of cervical lymph node metastases in head and neck cancer by radiation therapy // *Cancer Ther.* — 1994. — Vol. 29, N 2. — P. 161.
2. Therapeutic outcome and side-effects after radiotherapy, chemotherapy and/or hyperthermia treatment of head and neck tumour xenografts / Ressel A., Schmitt O., Weiss C., Feyerabend T. // *Eur. J. Cancer.* — 2002. — Vol. 3, N 4. — P. 594—601.
3. Hatta C., Ogasawara H., Tsuyu M. Cervical lymphnode metastasis of early or late T2 tongue carcinoma // *Nippon. Jibiinkoka. Gakkai. Kaiho.* — 2008. — Vol. 102, N 11. — P. 1242—1248.
4. Jose J., Coatesworth A. P., MacLennan K. Cervical metastases in upper aerodigestive tract squamous cell carcinoma: Histopathologic analysis and reporting // *Head Neck.* — 2003. — Vol. 25. — P. 194—197.
5. Su C. K., Bhattacharya J., Wang C. C. Role of neck surgery in conjunction with radiation in regional control of node-positive cancer of the oropharynx // *Am. J. Clin. Oncol.* — 2002. — Vol. 25, N 2. — P. 109—116.
6. Altundag O., Gullu I., Altundag K. Induction chemotherapy with cisplatin and 5-fluorouracil followed by chemoradiotherapy alone in the

treatment of locoregionally advanced respectable cancers of the larynx and hypopharynx: results of single-center study of 45 patients // *Head Neck.* — 2005. — Vol. 27, N 1. — P. 15—21.

7. Chodynicky S., Lazarczyk B., Woinska-Rojecka T. Modified neck dissections — efficiency of surgical treatment and clinical observations // *Med. Sci. Monit.* — 2002. — Vol. 8, N 2. — P. 93—95.

8. Pathologic defection of occult metastases in regional lymph nodes in patients with head and neck cancer / Devaney S. L., Ferlito A., Rinaldo A., Devaney K. O. // *Acta Oto-Laryngol.* — 2000. — Vol. 120, N 3. — P. 344—349.

9. The extracapsular spread of tumors in cervical node metastases // Johnson J. T., Barnes E. L., Myers E. N., Schramm V. L. Jr, Borodovitz D., Sigler B. A. // *Arch. Otolaryngol.* — 1981. — Vol. 107. — P. 725—729.

10. Armstrong J., Pfister D. The management of the clinically positive neck as part of a larynx preservation approach // *Int. J. Oncol. Biol. Phys.* — 1993. — Vol. 26. — P. 759—765.

11. Giovana R. T., Greenberg J., Wu K. T. Planned early neck dissection before radiation for persistent neck nodes after induction chemotherapy // *Laryngoscope.* — 1997. — Vol. 107. — P. 1129—1137.

12. Management of the neck in a randomized trial comparing concurrent chemotherapy and radiotherapy with radiotherapy alone in respectable stage III and IV squamous cell head and neck cancer / Lavertu P., Adelstein D. J., Saxton J. P., Adams G. L. // *Head Neck.* — 1997. — Vol. 19. — P. 559—566.

13. Efficacy of targeted chemoradiation and planned selective neck dissection to control bulky nodal disease in advanced head and neck cancer / Robbins K. T., Wong F. S. H., Kumar P., Hartsell W. F., Vieira F., Mullins B. // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 1999. — Vol. 125. — P. 670—675.

14. Preoperative chemotherapy — sensitized radiation therapy for cervical metastases in head and neck cancer / Puc M. M., Chrzanoski F. A. Jr, Tran H. S., Liu L., Glicksman A. S., Landman C. // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 2000. — Vol. 126. — P. 337—342.

15. Who merits a neck dissection after definitive chemoradiotherapy for N2—N3 squamous cell head and neck cancer? / McHam S. A., Adelstein D. J., Rybicki L. A., Lavertu P., Esclamado R. M., Wood B. G. // *Head Neck.* — 2003. — Vol. 25. — P. 791—798.

Поступила 19.12.2012

*Anna Valerievna Epikhina¹, Mikhail Alexeyevich Kropotov²,
Dmitriy Konstantinovich Stelmakh³, Sergey Ivanovich Tkachev⁴,
Ekaterina Leonidovna Dronova⁵, Galina Timofeyevna Sinyukova⁶,
Goncha Faridovna Allakhverdiyeva⁷*

TREATMENT SPECIFICITY IN OROPHARYNGEAL CANCER PATIENTS WITH REGIONAL METASTASIS

¹ MD, Postgraduate Student, Department of Craniomaxillofacial Surgery, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

² MD, PhD, DSc, Head, Department of Craniomaxillofacial Surgery, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

³ MD, Researcher, Department of Craniomaxillofacial Surgery, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

⁴ MD, PhD, DSc, Professor, Head, Radiation Oncology Department, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

⁵ MD, Physician, Department of Diagnostic Radiology, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

⁶ MD, DSc, PhD, Professor, Head, Ultrasound Department, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

⁷ MD, PhD, Researcher, Ultrasound Department, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478)

Address for correspondence: Kropotov Mikhail Alexeyevich, Department of Craniomaxillofacial Surgery,
Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, RF, 115478;
e-mail: drkropotov@mail.ru

Choice of treatment policy in cases with oropharyngeal cancer depends on the presence of regional metastasis that is the most important factor of poor prognosis. This study analyzes treatment outcomes in 44 oropharyngeal cancer patients with N2—N3 cervical lymph node metastases. Cervical lymph node involvement was confirmed by cytological study of puncture biopsies in all cases. Metastases from oropharyngeal carcinoma has specific features depending on T parameter. Response of the primary and regional metastases to chemotherapy is assessed. Cervical lymph node dissection is indicated in cases achieving complete response of the oropharyngeal tumor and partial response of regional metastatic tumors. Close monitoring is indicated in cases with complete response of the oropharyngeal tumor and complete response of regional metastatic tumors.

Key words: oropharynx, regional metastasis, cervical lymph node dissection.