

– плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. Полная регрессия опухоли, гистологически доказанная (pCR), выявлена у пациентов с плоскоклеточным раком высокой и средней степени дифференцировки. У больных с частичной регрессией опухоли в подавляющем большинстве случаев диагностирован плоскоклеточный рак легкого, чаще средней и высокой степени дифференцировки.

РОЛЬ ФИБРОЛАРИНГОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ГОРТАНИ

М.Р. МУХАМЕДОВ, О.В. ЧЕРЕМИСИНА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

По литературным данным, в 60 % случаев на фоне предопухолевых и фоновых процессов в гортани – папилломатоза, пахидермий, дискератозов, хронических воспалительных заболеваний – гиперпластических ларингитов в сроки от 6 мес до 7 лет возможно развитие рака гортани. Представляется актуальным скрининг пациентов с предопухолевыми заболеваниями гортани для формирования групп повышенного онкологического риска.

Материал и методы. Согласно разработанной в НИИ онкологии СО РАМН (г. Томск) программе формирования групп риска по развитию рака гортани было обследовано 111 пациентов с хронической патологией гортани, находившихся на учете у оториноларингологов, с различными сроками диспансеризации. В исследуемую группу вошли пациенты с хроническим гиперпластическим ларингитом (ХГЛ) (n=54), папилломатозом гортани и единичными папилломами (n=25), дискератозами (n=6), различными доброкачественными образованиями (n=11) и 5 пациентов с сочетанным поражением гортани (ХГЛ и различные новообразования).

Результаты. У 20 (18,0 %) из 111 обследованных пациентов впервые был выявлен ранний рак гортани, в том числе у 12 больных – I стадия процесса, у 8 – II стадия. Следует отметить, что у 18 пациентов диагноз рака гортани впервые был заподозрен только в онкологическом учреждении при выполнении ФЛС, у 2 больных этот диагноз был выявлен при морфологическом исследова-

Выводы. Проведение комбинированного лечения с неоадьювантной химиотерапией таксанами и препаратами платины у больных НМРЛ показало свою достаточную непосредственную эффективность. Оценка эффективности неоадьювантной химиотерапии должна проводиться комплексно, включая эндоскопические и рентгенологические методы исследования.

нии при отсутствии эндоскопических признаков злокачественного процесса. Все пациенты обратились в НИИ онкологии самостоятельно либо были направлены поликлиническими оториноларингологами в связи с неэффективностью проводимого лечения в течение 2–6 мес. Кроме того, у 55 больных (49,5 %) диагностированы диспластические (предопухолевые) изменения слизистой оболочки гортани различной степени тяжести. В том числе III (тяжелая) степень дисплазии, которая по современной классификации ВОЗ рассматривается как облигатный предрак, выявлена у 9 больных. Дисплазия II (средней) степени выявлена у 8 пациентов с ХГЛ, у 6 больных – с папилломами, у 3 пациентов – с дискератозом и у 3 – с доброкачественным образованием гортани (полип). Дисплазия I степени тяжести обнаружена при ХГЛ у 7 больных, при папилломах – у 2 и при доброкачественных новообразованиях и дискератозах и лейкоплакии у 4 пациентов.

Пациенты, у которых была выявлена дисплазия слизистой оболочки гортани, вошли в группу повышенного онкологического риска, для них определены сроки динамического наблюдения, которые позволили у 3 пациентов с дисплазией II и III степени выявить начальные стадии злокачественного процесса. Во всех случаях рака гортани, выявленного в ходе выполнения разработанной программы диагностического исследования, было проведено органосохранное лечение – лучевая терапия по

радикальной программе с эффектом полной регрессии, подтвержденной при морфологическом исследовании.

Выводы. Развивающаяся в последнее время концепция органосохраняющего лечения рака гортани требует более точной топографии распространенности опухоли и динамической оценки эффективности проводимой терапии на

всех этапах лечения и последующего наблюдения. Фиброларингоскопия с морфологической поддержкой является высокоинформативным методом диагностики предраковых изменений и раннего рака гортани, ее необходимо включать в диагностический алгоритм у больных с хронической ЛОР-патологией.

ФИБРОЛАРИНГОСКОПИЯ НА ЭТАПАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ

М.Р. МУХАМЕДОВ, О.В. ЧЕРЕМИСИНА, Д.Е. КУЛЬБАКИН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Развивающаяся в последнее время концепция органосохраняющего лечения рака гортани требует более точной топографии распространенности опухоли и динамической оценки эффективности проводимой терапии на всех этапах лечения и последующего наблюдения. Ведущая роль отводится фиброларингоскопии (ФЛС) как методу уточняющей диагностики злокачественного процесса, а также при динамическом наблюдении больных после органосохраняющих операций и радикального курса лучевой терапии, когда на фоне измененных тканей гортани трудно осмотреть и адекватно оценить состояние всех ее отделов. Морфологическое исследование материала, полученного при ФЛС из «подозрительных» участков гортани после проведенного органосохраняющего лечения, позволяет диагностировать рецидив в более ранние сроки и выполнить радикальное лечение, что сказывается на результатах общей выживаемости. Нельзя недооценить роль эндоскопических методов для объективизации и контроля этапов заживления при выполнении органосохраняющих хирургических вмешательств с эндопротезированием имплантатами из никелида титана.

Цель исследования – оценка интеграции эндопротеза гортани из пористого никелида титана с окружающими тканями

Материал и методы. В работе проводили эндоскопические исследования имплантирован-

ного протеза с одновременной эндофотосъемкой и забором материала с различных участков гортани для морфологического исследования тканей, покрывающих протез.

Результаты. При фиброларингоскопии через 14 сут после операции визуализировался эндопротез, покрытый фибриновым налетом с единичными островками розовой грануляционной ткани, «наплывающей» с периферии. Просвет голосовой щели свободный, не деформирован, смещения не наблюдается. При фиброларингоскопии через 30 сут после операции отмечается, что почти вся поверхность эндопротеза покрыта ровным слоем нежной грануляционной ткани. Слизистая оболочка по краю протеза ярко-розовая, блестящая, без признаков воспаления. Через 2 мес после операции выявлено, что практически вся поверхность эндопротеза покрыта грануляционной тканью. Слизистая оболочка покрывает большую часть эндопротеза. Через 3 мес после операции – просвет голосовой щели не деформирован, свободный, поверхность имплантата полностью выполнена нежной бледно-розового цвета слизистой оболочкой, которая тонким, ровным слоем покрывает весь эндопротез. Для изучения процессов регенерации слизистой на поверхности эндопротеза методом фиброларингоскопии выполнялась биопсия фрагментов слизистой с поверхности эндопротеза в различные сроки после операции для последующего морфологического исследо-