

[Перейти в содержание Вестника РНЦРР МЗ РФ N10.](#)

Текущий раздел: **Лучевая терапия**

### **Роль лучевой терапии в лечении аденокистозного рака трахеи**

*Харченко В.П., Паньшин Г.А., Гваришвили А.А., ФГУ «Российский научный центр рентгенодиагностики Росмедтехнологий», г.Москва*

Адрес документа для ссылки: [http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v10/papers/harch\\_v10.htm](http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v10/papers/harch_v10.htm)

Статья опубликована 7 июля 2010 года.

Идентификационный номер статьи в ФГУП НТЦ «ИНФОРМРЕГИСТР»:

Контактная информация:

Рабочий адрес: 117997, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 86

Паньшин Георгий Александрович, [g.a.panshin@mail.ru](mailto:g.a.panshin@mail.ru), тел. 8(915)114-7141.

Харченко Владимир Петрович

Гваришвили Александр Александрович

### **Резюме**

В статье представлены результаты радикальной лучевой терапии 40 больных аденокистозным раком трахеи. Разовые очаговые дозы составляли 2 Гр, суммарные очаговые дозы (СОД) доводились до 64-70 Гр, ритм облучения – ежедневный, 5 раз в неделю. Большинство больных облучалось по методике «расщепленного курса» с 2 - 3-х недельным перерывом между ними после достижения СОД=30 Гр.

Полная резорбция опухоли после окончания лечения отмечена у 19 больных (47,5%), а частичная - у 20 пациентов (50%). Лучевой эзофагит различной степени выраженности определялся в 100% случаев. Трахеопищеводный свищ сформировался у 1 больного (2,5%). В ближайшее время после окончания лечения умерло 3 больных. 5-ти и 10-ти летняя выживаемость составила, соответственно - 75,0% и 55,0%.

*Ключевые слова: трахея, лучевая терапия.*

### **The role of radiotherapy in the treatment of the trachea Adenoid Cystic carcinoma**

**V.P.Harchenko, G.A.Panshin, A.A.Gvarishvili**

**Federal State Enterprise “Russian Scientific Center of Roentgenoradiology of Russian Health and Social Development Ministry”**

### **Summary**

The results of radical radiotherapy of the 40 patients trachea Adenoid Cystic carcinoma, are presented. Single focal dose was 2 Gy, total focal dose (TFD) were brought to 64-70 Gy irradiation rhythm - daily, 5 times a week. Most patients were irradiated with 2 - 3-week break after the TFD 30 Gy. Complete tumor resorption after treatment was noted in 19 patients (47,5%), and partially - in 20 patients ( 50%). Radiation esophagitis of varying severity was determined in 100% of cases. Tracheoesophageal fistula was formed in 1 patient (2.5%). Shortly after the end of treatment in 3 patients died. 5 and 10-year survival rates were respectively - 75,0% and 55,0%.

*Keywords: trachea, radial therapy*

## **Оглавление:**

### **Введение**

### **Цель исследования**

### **Задачи исследования**

### **Результаты**

### **Обсуждение**

### **Выводы**

### **Список литературы**

## **Введение**

Лечение больных злокачественными новообразованиями трахеи является одной из наиболее сложных проблем современной клинической онкологии. Несмотря на то, что первичные злокачественные опухоли трахеи составляют 0,1-0,2% всех онкологических заболеваний [4] (или примерно 0,2 случая на 100.000 населения ежегодно), в абсолютных цифрах это довольно значительная по численности группа больных, которые далеко не всегда могут получить квалифицированную медицинскую помощь. Наиболее распространенными гистологическими формами являются аденокистозный рак (цилиндрома) и плоскоклеточный рак, составляющие 75-90% от всех злокачественных опухолей трахеи [6]. При этом частота аденокистозного рака по данным большинства авторов несколько выше, чем плоскоклеточного [1, 7, 8].

Необходимо отметить, что адекватное лечение новообразований трахеи представляет собой одну из сложных задач современной клинической онкологии. Грамотный подход к радикальному лечению таких больных требует значительных материальных затрат и слаженной работы большого коллектива квалифицированных специалистов

Ввиду трудностей ранней диагностики, исключительной технической сложности хирургических вмешательств и не всегда удовлетворительных результатов лечения, до

настоящего момента нет однозначного подхода к выбору тактики лечения данной категории онкологических больных. Большинство специалистов, имеющих большой опыт в лечении больных раком трахеи, единственно радикальным методом считают комбинированное лечение (радикальная резекция с последующей лучевой терапией) [1, 3].

Повышенный интерес к этой проблеме, который можно отметить по данным литературы в 60-80-е годы, в настоящее время несколько снизился. Этот факт можно объяснить неудовлетворительными результатами лечения. При анализе литературы последнего десятилетия создается впечатление, что у многих исследователей, занимающихся этой проблемой, возникают сомнения в оправданности тех затрат и усилий, которые необходимы для радикального лечения этих больных [5, 9].

Научные изыскания стали переходить в несколько иную, упрощенную плоскость, когда основной упор делается на оказание паллиативной помощи в виде эндоскопической реканализации просвета трахеи с последующим проведением паллиативной лучевой терапии [2, 10].

Несомненно, что такому подходу способствовали прогресс в развитии эндоскопических методик с использованием лазерной фотокоагуляции опухоли в просвете трахеи, а также усовершенствование методик лучевой терапии [11, 12].

[Перейти в оглавление статьи >>>>](#)

**Цель исследования:** клиническое обоснование эффективности применения лучевой терапии в лечении аденокистозного рака трахеи.

[Перейти в оглавление статьи >>>>](#)

**Задачи исследования:** ретроспективный анализ результатов применения радикальной лучевой терапии больным аденокистозным раком трахеи.

[Перейти в оглавление статьи >>>>](#)

### **Материалы и методы исследования**

В РНЦРР по поводу аденокистозного рака трахеи специальное радикальное лечение проведено 139 больным, из которых хирургическое – у 47, комбинированное у 52 и лучевое - у 40 пациентов. При радикальной лучевой терапии разовые очаговые дозы составляли 2 Гр при ежедневном ритме облучения, а суммарные очаговые

дозы (СОД) доводились до 64-70 Гр. При этом, при облучении верхнего (шейного) отдела трахеи применялась 2-х полная, а при облучении нижнего (грудного и бифуркации) - 3-х полная методики лучевой терапии. Большинство больных при радикальной лучевой терапии облучалось по методике «расщепленного курса» с 2 - 3-х недельным перерывом между ними после достижения СОД=30 Гр. Среди 40 больных аденокистозным раком трахеи, которым проводилась радикальная лучевая терапия, соответственно в шейном отделе опухоль локализовалась у 13 пациентов (32,5%), в грудном - у 15 (37,5%), в области бифуркации - 10 (25,0%) и тотальное поражение было отмечено у 2 больных (5,0%).

[Перейти в оглавление статьи >>>](#)

### **Результаты**

Касаясь непосредственных результатов радикальной лучевой терапии аденокистозного рака трахеи, необходимо отметить, что полная резорбция опухоли после окончания лечения выявлена у 19 больных (47,5%), а частичная - у 20 пациентов (50%). При этом лучевой эзофагит различной степени выраженности определялся в 100% случаев. Трахеопищеводный свищ сформировался у 1 больного (2,5%), а от легочно-сердечной недостаточности и развития трахеомедиастинального свища умерло 3 больных. 5-ти и 10-ти летняя выживаемость больных аденокистозным раком трахеи составила, соответственно после радикальной лучевой терапии - 75,0 и 55,0% .

[Перейти в оглавление статьи >>>](#)

### **Обсуждение**

На сегодняшний день, в целом, мы считаем, что ведущим методом лечения больных со злокачественными опухолями трахеи остается хирургический, причем как один из компонентов комбинированного лечения, включающего в себя, в первую очередь, радикальную резекцию трахеи с послеоперационной лучевой терапией.

Вместе с тем, при невозможности выполнения радикального хирургического лечения из-за распространенности опухоли или по общим противопоказаниям у этих больных на первый план выступают консервативные методы лечения, одним из основных среди которых является лучевая терапия. В ряде случаев, лучевая терапия, даже без проведения эндоскопической реканализации и эндопротезирования трахеи, может являться альтернативой хирургическому лечению и приобретает статус

«спасательного, по жизненным показаниям» пособия онкологическому больному. На сегодняшний день развитие новых технологий применения лучевой терапии в онкологии с помощью современных радиотерапевтических комплексов позволяет в значительной мере расширить показания к ее использованию при невозможности оказания хирургического пособия.

И, конечно, лечение таких больных необходимо осуществлять в специализированных медицинских центрах онкологического профиля, где на высоком профессиональном уровне им будут реализованы с наименьшими экономическими затратами - этапный лечебно-диагностический комплекс, включающий в себя первичную и уточняющую диагностику рака трахеи, соответствующая предоперационная подготовка перед хирургическим или комбинированным лечением и, в случае выявленных противопоказаний к ее реализации, проведение современной органосохраняющей конформной лучевой терапии, позволяющей подводить к опухоли дозы, обеспечивающие возможно наиболее полную девитализацию опухолевых клеток на фоне максимального снижения развития местных лучевых реакций и осложнений. Как правило, больные со злокачественными новообразованиями трахеи поступают в клинику в тяжелом состоянии с выраженными нарушениями дыхания из-за стеноза просвета трахеи опухолью. У неоперабельных больных при небольших по протяженности опухолях возможно эндоскопическое удаление экзофитной части опухоли без нарушения каркасности стенок трахеи и необходимости эндопротезирования. Затем возможно безопасное проведение лучевой терапии.

При этом, у неоперабельных больных в случае невозможности наложения по жизненным показаниям трахеостомы и для подготовки больного к возможному проведению «спасающей» лучевой терапии необходимо реканализовать трахею с помощью эндоскопического удаления опухоли. При обширном опухолевом поражении после восстановления просвета трахеи часто нарушается каркасность ее стенки, а первые сеансы лучевой терапии могут привести к полной обтурации просвета трахеи и асфиксии в результате отека в тканях в зоне опухоли. Для ее восстановления и профилактики этого грозного осложнения используется разработанная в Центре академиком РАМН, профессором В.П.Харченко методика эндопротезирования при опухолевых стенозах трахеи и крупных бронхов с применением цилиндрического силиконового протеза с гладкой внутренней поверхностью и опорными плоскими шипами - на наружной. За различные варианты рентгено-хирургических технологий по реканализации трахеи и крупных бронхов получено 10 патентов на изобретение, внедрение которых в

практику отечественного здравоохранения позволило снизить затраты на медицинскую помощь этим больным ~ в 7 раз. Необходимо отметить, что при лучевой терапии, по мере резорбции опухоли производится замена эндопротеза на более широкий.

[Перейти в оглавление статьи >>>](#)

### **Выводы**

Таким образом, ретроспективный анализ результатов применения радикальной лучевой терапии больным аденокистозным раком трахеи в РНЦРР показал, что аденокистозный рак трахеи является опухолью, довольно высокочувствительной к воздействию ионизирующего излучения, требующей, при консервативном лечении данной патологии, применения лучевой терапии.

[Перейти в оглавление статьи >>>](#)

### **Список литературы:**

1. Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Гваришвилли А.А. Хирургическое лечение заболеваний трахеи// Вестник хирургии , 1985, №10, стр. 10-15.
2. Харченко В.П., Гваришвили А.А., Паньшин Г.А., Петрова М.В., Авиллов О.Н. Опухоли трахеи: хирургическое и комбинированное лечение // «Онкология 2000» Тезисы II съезда онкологов стран СНГ, Киев 23-26 мая, 2000, тезис №551.
3. Харченко В.П., Паньшин Г.А., Гваришвили А.А., Елтышев Н.А., Альбеков Р.З., Петрова М.В., Воскресенский С.В., Васильев О.А. Хирургическое и комбинированное лечение опухолей трахеи // Радиология 2001, Материалы VIII Всероссийского съезда рентгенологов и радиологов, «Алгоритмы в лучевой диагностике и программы лучевого и комплексного лечения больных», Москва, 2001, стр. 196-197.
4. Харченко В.П., Паньшин Г.А., Гваришвили А.А., Елтышев Н.А., Альбеков Р.З., Петрова М.В., Воскресенский С.В., Васильев О.А. Лечение злокачественных опухолей трахеи // «Тезисы докладов VIII Всероссийского съезда рентгенологов и радиологов», Челябинск-Москва 2001, стр. 56-57.
5. Харченко В.П., Гваришвили А.А., Паньшин Г.А., Альбеков Р.З., Красникова Е.В. Комбинированное и хирургическое лечение опухолей трахеи // Тезисы доклада в сборнике «Научно-технический прогресс отечественной лучевой диагностики и

лучевой терапии» Материалы конференции, посвящённой 80-летию РНЦРР, Москва 2004, стр. 245-246.

6. Albers E, Lawrie T, Harrell JH, Yi ES. Tracheobronchial adenoid cystic carcinoma: a clinicopathologic study of 14 cases // Chest 2004; 125:1160-5.
7. Gaissert HA, Grillo HC, Shadmehrt MB, Wright CD, Gokhale M, Wain JC, et al. Long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina // Ann Thorac Surg 2004; 78:1889-97.
8. Gelder CM, Hetzel MR. Primary tracheal tumours: a national survey // Thorax 1993; 48:688-92.
9. Li W, Ellerbroek NA, Libshitz HI. Primary malignant tumors of the trachea. A radiologic and clinical study // Cancer 1990; 66:894-9.
10. Makarewicz R, Mross M. Radiation therapy alone in the treatment of tumours of the trachea // Lung Cancer 1998; 20:169-74.
11. Maziak DE, Todd TRJ, Keshavjee SH, Winton TL, Van Nostrand P, Pearson FG. Adenoid Cystic carcinoma of the airway:thirty-two-year experience // Thorac Cardiovasc Surg 1996; 112:1522-31.
12. Mornex F, Coquard R, Danhier S, Maingon P, El Hussein G, Van Houtte P. Role of radiation therapy in the treatment of primary tracheal carcinoma // Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998;41:299-305.

[Перейти в оглавление статьи >>>>](#)

ISSN 1999-7264

[© Вестник РНЦРР Минздрава России](#)

[© Российский научный центр рентгенорадиологии Минздрава России](#)