

УДК 616.22-089

ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБЛУЧЕНИЯ НА КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГОРТАНИ С 1991 ПО 2000 гг.

© В.В. Милованов, Т.В. Неплюева

Milovanov V.V., Nepljueva T.V. Influence of preoperative irradiation on combined treatment of throat cancer from 1991 to 2000. Treatment technique and tactics of conducting throat cancer patients, and also results of combined treatment are considered in the article.

За период с 1991 по 2000 гг. комбинированное лечение в объеме дистанционной лучевой терапии в дозе от 25 до 65 г с последующей ларингоэктомией в сроки от 1 мес. до 6 лет после завершения ДГТ выполнено 175 больным раком гортани. В данной работе не учитывались больные, которым выполнено только хирургическое лечение в объеме ларингоэктомии или органосохраняющих операций типа фронтолатеральной или горизонтальной резекций, а также больные, которым была выполнена только лучевая терапия. Результаты лечения прослежены у 112 больных. Информацию о состоянии остальных больных в имеющейся документации в ТООД и по запросам в ЦРБ и городские поликлиники получить не удалось. Следует отметить, что раковый регистр – электронный учет больных со злокачественными новообразованиями – ведется в диспансере лишь последние 4 года и в перспективе позволит проводить более качественный анализ работы.

Хирургическое лечение осуществлялось в объеме стандартной или расширенной ларинготомии, в ряде случаев с одновременной или последующей регионарной лимфаденэктомией.

Лучевая терапия выполнялась на аппарате АГАТ-С в расщепленном на 2 этапа режиме, с двух полей РД 2 г. Все прослеженные больные были разделены на 2 группы в зависимости от дозы лучевой терапии – радикальной (55–65 г) и нерадикальной – половинной (25–35 г). Группа с половинной дозой лучевой терапии сформировалась из больных с полным клиническим регрессом опухоли на данной дозе, пациентов с улучшением, отказавшихся от дальнейшего лечения, и пациентов с длительно протекавшим лучевым эпителиитом, исключившим возможность продолжения лучевой терапии. В каждой группе были выделены 3 подгруппы, различающиеся по длительности интервала между лучевым и хирургическим лечением (до 2 мес., до года, более года). Деление на данные сроки объясняется принятой тактикой комбинированной терапии, при которой оперативное лечение считается наиболее эффективным в первые 2 мес. после ДГТ и трактовкой осложнений течения онкозаболевания, по которой опухоли, диагностированные в срок до года с момента завершения лечения, считаются продолженным ростом, а свыше года – рецидивом.

Результаты лечения представлены в табл. 1.

Таблица 1

Результаты лечения рака гортани

Доза/ к-во б-х	Интервал ДГТ-х-о	% живых	Кол- во б-х	Исход лечения по годам (год смерти / год наблюдения живущих)																Ум от др. заб
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
55–60 г/ 35 чел.	До 2 мес.	33,3	Ж* 1														1			
			У* 2	1		1														
	До года	33,3	Ж 5								2	1	1				1			
			У 10	2	3	2	3													1
	Более года	64,3	Ж 9					2	1		2	2			2					
			У 5	2		1			1				1							2
25–35 г/ 77 чел.	До 2 мес.	51,7	Ж 15						3	1	1	5				1	1	1	2	
			У 14	3	4	3	1	3												
	До года	64,2	Ж 18						3	1	3	1	1	2	2		3	2		
			У 10	4	2	1	1	1								1				
	Более года	52,6	Ж 10					2	2		2		2				2			
			У 9	3	3		3													1

* «Ж» – живы, «У» – умерли.

Живы без признаков заболевания в сроки от 5 до 15 лет – 58 человек.

Умерли от прогрессирования заболевания в сроки от года до 13 лет – 50 человек.

Умерли от других заболеваний – 4 человека. Выживаемость составила 53 %.

Наилучшие результаты по выживаемости отмечены в группе с половинной дозой ДГТ, а внутри самой группы – у пациентов, оперативное пособие которым оказано в срок от 2 мес. до года. Также высоким явился процент выживших среди пациентов с полной дозой лучевой терапии, оперированных в срок более года с момента окончания ДГТ. Самым низким процент выживших был в группах пациентов, оперативное лечение которым было оказано после полной дозы лучевой терапии в срок от 1 месяца до года.

Можно предполагать, что истинные результаты лечения выше, чем представленные в таблице 1. 63 пациента, информацию о которых не удалось получить, это, в основном, пациенты, сменившие место жительства. Причем, если пациент выехал за пределы области, информация о его жизни или смерти одинаково недоступна. Если же пациент поменял место жительства в пределах области, жив, не встал на учет по месту жительства у онколога и не посещает за давностью лет онкодиспансер – информация о нем теряется, если же умер – информация о смерти в обязательном порядке поступает в онкодиспансер с отчетной документацией из районов. Кроме того, внушает сомнение в истинности малое количество умерших от других заболеваний – 4 чел.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Принятая в онкодиспансере методика лечения и тактика ведения больных раком гортани обеспечивает в целом удовлетворительные результаты лечения этой категории больных.

2. В отношении больных, оперированных после радикальной дозы лучевой терапии в сроки до года, следует, по-видимому, признать наличие в части случаев тактических либо диагностических просчетов в ведении. В этих случаях, скорее всего, имела место незафиксированная вовремя после половинной дозы нечувствительность или низкая чувствительность опухоли к лучевому лечению, что должно было бы стать основа-

нием к отказу от продолжения ДГТ и раннему выполнению хирургического вмешательства. Эти ошибки негативно сказались на показателе выживших в этих группах (33 %). Следует отметить, что количество пациентов в данных группах наименьшее – 3 и 15.

3. В случае высокой эффективности лучевого лечения на половинной дозе в виде полной регрессии опухоли нет оснований к безусловному выполнению в ранние сроки хирургического этапа – ларингоэктомии, предлагаемого большинством методических рекомендаций. Тщательное динамическое наблюдение за данной группой и раннее выявление рецидива заболевания с последующей ларингоэктомией обеспечивает высокие результаты выживаемости.

4. Естественно, более частое обследование данных больных в течение первого года лечения обеспечивает раннее выявление продолженного роста и лучший результат (64,2 % выживаемости). Более редкое обследование в последующие годы наблюдения снижает вероятность раннего выявления рецидивов и несколько снижает результат лечения (52,6 %), оставляя его, тем не менее, вполне удовлетворительным. С целью улучшения результатов лечения в данной группе необходимо обеспечить регулярный, не реже 1 раза в 3 месяца, тщательный осмотр пациентов, в т. ч. с использованием фиброларингоскопии. Следует также отметить, что и среди умерших в этой группе средняя продолжительность жизни от начала лечения с учетом интервала между лучевой терапией и операцией (в среднем 1,7 лет) составляет около 4 лет, что также является весьма неплохим результатом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Пачес А.П.* Опухоли головы и шеи. 4-е изд. М.: Медицина, 2000.
2. *Бойков В.П.* Рак гортани (клинико-морфологические особенности, эффективность лечения и индивидуальный подход): дис. ... д-ра мед. наук. М., 1989.
3. *Пачес А.И., Ольшевский В.О., Любаев В.Л., Туок Т.Х.* Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани. М.: Медицина, 1988.
4. Ранняя диагностика онкологических заболеваний / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Е.Н. Сотникова. М., 1999.

Поступила в редакцию 10 мая 2007 г.