

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОГО И ХИМИЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

О.В. ЧЕРЕМИСИНА, Н.В. ПОЛЯКОВА, О.В. ПАНКОВА, С.Ю. ЧИЖЕВСКАЯ,
М.Р. МУХАМЕДОВ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Несмотря на совершенствование консервативных методов лечения рака гортани, более чем у трети пациентов наблюдается развитие местного рецидива. В ряде случаев неудачи лечения обусловлены трудностями адекватной оценки эффективности проведенной химиолучевой терапии. Далеко не всегда полная клиничко-эндоскопическая регрессия опухолевого процесса является таковой на самом деле. Причем отсутствие клеток опухоли в биопсийном материале свидетельствует не об излечении больного, а о неадекватном выборе участков слизистой гортани для забора материала для морфологического исследования. Информативность и селективность фиброларингоскопии (ФЛС) значительно возрастают при ее сочетании с методами флуоресцентной диагностики (ФД).

Целью исследования явилась оценка эффективности методики локальной спектроскопии (ЛС) при фиброларингоскопии после лучевого и химиолучевого лечения у больных раком гортани.

Материал и методы. В исследование включено 14 больных плоскоклеточным раком гортани I–III стадии. Из них 6 пациентов получили лучевую терапию по радикальной программе, в СОД 60 Гр и 8 – химиолучевое лечение (сочетание 2 курсов химиотерапии по схеме карбоплатин + паклитаксел и с облучением СОД 65 изогр). Среди больных было 2 (14,3 %) женщины и 12 (85,7 %) мужчин. Средний возраст составил 57,6 года (от 37 до 73 лет). Всем пациентам через три недели после окончания специального лечения выполнялась ФЛС с биопсией, в дополнение к стандартному обследованию проводилось измерение аутофлуоресценции (АФ) слизистой оболочки методом локальной спектроскопии.

Результаты. У всех больных типичные спектры аутофлуоресценции нормальной слизистой

оболочки с противоположной стороны гортани располагаются в области 500–800 нм, с пиками интенсивности, равными 532 нм и 590–600 нм, величина спектрально-флуоресцентного диагностического параметра составляет $D_f = 4,6 \pm 1,4$. При этом участки для прицельной биопсии были определены на основании анализа показателя D_f в разных точках слизистой оболочки, где ранее располагалась первичная опухоль. В 7 случаях после окончания специального лечения признаки опухоли эндоскопически не определялись, диагностические параметры спектра D_f в среднем составили $5,3 \pm 1,1$. При морфологическом исследовании подтвердилось отсутствие злокачественного процесса. У 5 пациентов после окончания химиолучевого лечения эндоскопически не определялись признаки опухолевого роста, но спектры флуоресценции значительно отличались от предыдущей группы, величина D_f в среднем равнялась $2,7 \pm 1,3$. При морфологическом анализе выявлены клетки плоскоклеточного рака. У 2 пациентов после химиолучевой терапии была зафиксирована частичная регрессия опухоли, при измерении спектров аутофлуоресценции с участков остаточной опухоли показатели практически не отличались от показателей, снятых с первичного опухолевого процесса.

Выводы. При эндоскопическом обследовании в сочетании с ФД при отсутствии признаков злокачественного роста у 5 пациентов при морфологическом исследовании материала из участков с пониженной флуоресценцией были выявлены комплексы плоскоклеточного рака. Изучение уровня аутофлуоресценции слизистой оболочки гортани позволило адекватно определить точки прицельной биопсии, что повысило диагностическую эффективность эндоскопического мониторинга.