

опухолевого процесса, функционального состояния больного, степень выраженности сопутствующей патологии других органов и систем, и на основании этого выбор наиболее рациональных методов лечения каждой из первично-множественных опухолей и последовательность их проведения.

Анализ группы больных первично-множественным раком пищевода и органов головы и шеи позволил сделать следующие выводы:

1. Среди больных первично-множественным раком с поражением пищевода у 30,9 % выявляется опухоль органов головы и шеи.

2. Учитывая высокую частоту поражения органов головы и шеи, в диагностический алгоритм обследования больных раком пищевода необходимо включать обязательный осмотр онкоотоларинголога и проведение эндоскопического исследования верхних дыхательных путей (прямая фиброларингоскопия). А у больных с опухолевыми заболеваниями органов головы и шеи обязательным исследованием должна быть эзофагоскопия.

3. Метахронный первично-множественный рак пищевода и органов головы и шеи выявляют в сроки до 9 лет, что диктует необходимость динамического мониторинга в течение всей жизни больного.

4. Лечение больных при первично-множественном опухолевом поражении пищевода и органов головы и шеи целесообразно проводить по радикальной программе, которую удалось осуществить у 26,6 % пациентов.

Таким образом, мы считаем, что выявление второй опухоли не может быть основанием для безнадёжного прогноза. Лечение больных первично-множественным раком пищевода и других органов должно проводиться по принципам радикального лечения, а не ограничиваться только проведением паллиативной или симптоматической терапии. Онкологические больные при первичном обращении и после проведения лечения в течение всей жизни должны обследоваться максимально полно, не ограничиваясь общеклиническими исследованиями – анализ крови, флюорография, а с обязательным применением эндоскопического и ультразвукового исследования, с учетом возможного первично-множественного поражения других органов.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

Н.А. Мартынова, Л.Ф. Писарева, И.Н. Одинцова

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Выявление на поздних стадиях заболевания, тяжелое течение, функциональная и социальная несостоятельность больных объясняют актуальность проблемы рака полости рта и глотки (РПРГ).

Цель исследования. Изучение эпидемиологической ситуации распространения РПРГ в регионе Сибири и Дальнего Востока в 1989–2003 гг.

Работа проводилась на основе базы данных НИИ онкологии г. Томска. Выявлено 25692 случая заболевания РПРГ. Рассчитывались экстенсивные, интенсивные и стандартизованные показатели (мировой стандарт) заболеваемости на 100 тыс. населения.

В структуре онкозаболеваемости (1999–2003 гг.) РПРГ занимает у мужчин 12-е место (3,3 %), у женщин – 18-е (1,0 %). Частота поражения различных отделов и органов полости рта и глотки составляет:

язык – 22,8 % у мужчин и 22,4 % у женщин; большие слюнные железы – 6,1 и 25,5 %; ротоглотка – 17,2 и 9,2 %; носоглотка – 6,1 и 7,1 %; гортаноглотка – 15,1 и 4,1 % соответственно. Стандартизованные показатели заболеваемости РПРГ по региону составляют у мужчин $8,6 \pm 0,2 \text{‰}_{000}$ при среднем возрасте больных 58,2 года, у женщин – $1,9 \pm 0,2 \text{‰}_{000}$, 61,0 года соответственно. Территориями повышенного риска развития РПРГ у мужчин являются Сахалинская ($20,6 \pm 2,4 \text{‰}_{000}$), Магаданская ($15,8 \pm 4,4 \text{‰}_{000}$) области, у женщин – Сахалинская область ($3,2 \pm 0,8 \text{‰}_{000}$) и Республика Саха ($2,9 \pm 0,3 \text{‰}_{000}$).

Прирост заболеваемости РПРГ за изучаемый период составил 7,9 % у мужчин и 7,6 % у женщин (за счет изменений в половозрастной структуре и численности населения). Максимальный прирост отмечается у мужчин в возрасте 10–14 лет (14,6 %), у женщин – 25–29 лет

(61,2 %). Высокий темп прироста заболеваемости (за счет увеличения риска заболеть) наблюдается у мужчин при раке гортаноглотки (24,0 %) и у женщин при раке больших слюнных желез (35,3 %). По прогнозу, к

2010 г. уровень заболеваемости мужчин может составить $8,0 \pm 1,7 \text{‰}$, женщин – $1,8 \pm 1,6 \text{‰}$.

Полученные результаты могут быть использованы при обосновании противораковых мероприятий.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО РАКА ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

А.В. Масленникова, Н.В. Ильин, И.Г. Терентьев

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт, г. Санкт-Петербург

Использование химиотерапии, нестандартного фракционирования и локальной гипертермии значительно улучшило результаты лечения рака глотки и гортани III–IV ст., но увеличило частоту и тяжесть осложнений со стороны нормальных тканей.

Цель исследования. Изучение эффективности и токсичности различных методов консервативного лечения III–IV ст. рака глотки и гортани с метастазами в регионарных лимфатических узлах ($T_{3-4}N_{1-3}$).

Материал и методы. С 1994 по 2005 г. в исследование были включены 245 пациентов с соответствующим диагнозом. В первой группе (89 пациентов) проводилась стандартная лучевая терапия до СОД 68–72 Гр расщепленным курсом. Во второй (84 пациента) – дополнительно проводили от 5 до 9 сеансов локальной гипертермии. В третьей группе (38 пациентов) осуществлялось химиолучевое лечение (один индукционный курс ПХТ, затем одновременная химиолучевая терапия расщепленным курсом, всего три курса ПХТ, СОД

68–72 Гр за два этапа). В четвертой группе (34 пациента) проводили химиолучевое лечение в сочетании с локальной гипертермией (5–9 сеансов).

Результаты. В первой группе лечение по плану закончили 85, во второй – 78, в третьей – 35, в четвертой – 30 больных. Полный регресс опухоли наблюдался у 36 (42,4 %) пациентов в первой группе, у 48 (61,5 %) во второй, у 24 (68,6 %) в третьей и 18 (60 %) в четвертой группе. Медиана выживаемости в первой группе составила 9,4 мес, во второй – 18,1, в третьей – 19,7, в четвертой – 14,4 мес. Пятилетняя выживаемость в первой группе была – 17,8 %, во второй – 40,18 %. Трехлетняя выживаемость в третьей группе составила 47,9 %, в четвертой – 26,4 %.

Выводы. Термолучевая терапия была наиболее эффективна у больных раком гортани, химиолучевая – раком глотки. Химиолучевая терапия в сочетании с гипертермией не улучшила результаты лечения, но увеличила частоту и тяжесть побочных эффектов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Н.О. Миланов, Е.И. Трофимов, Д.М. Бжассо, Д.М. Саратовцев

РНЦХ РАМН, г. Москва

Отдел восстановительной микрохирургии РНЦХ РАМН располагает опытом лечения 174 пациентов с

дефектами области головы и шеи, из которых 87 мужчин и 93 женщины, возраст – от 3 до 70 лет. Выбор