

ГЛАВА 4 ОПУХОЛИ ГЛОТКИ

Злокачественные новообразования развиваются во всех анатомических отделах глотки. Опухоли ротоглотки и носоглотки встречаются примерно одинаково и составляют около 80% всех опухолей глотки.

Злокачественные новообразования глотки представлены самыми разнообразными морфологическими формами, но чаще возникают различные формы плоскоклеточного рака. В местах скопления лимфаденоидной ткани (нёбные миндалины, носоглотка, корень языка и др.) нередко развиваются лимфомы.

Злокачественные опухоли глотки наблюдаются в различном возрасте, а опухоли носоглотки и ротоглотки встречаются даже у детей. Рак гортаноглотки возникает преимущественно у мужчин старше 40 лет.

Опухоли глотки очень рано метастазируют в лимфатические узлы шеи, и 30–70% больных обращаются за помощью с большими и множественными регионарными метастазами.

Наиболее существенными факторами риска развития опухолей глотки являются курение и употребление алкоголя.

Каждому отделу глотки присущи свои особенности клинического течения и соответственно требуются различные лечебные стратегии.

ГЛАВА 4.1 ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ РОТОГЛОТКИ (C01.9, C05.1, 2, C09.0, 1, 9, C10.0, 2, 3)

Ротоглотка является как бы продолжением полости рта. Границей между ними служит линия, проведенная по передним нёбным дужкам, валикообразным сосочкам языка, по границе мягкого и твердого нёба. Верхней границей ротоглотки является горизонтальная плоскость, проходящая на уровне твердого неба, нижней – горизонтальная плоскость, расположенная на уровне высшей точки свободного края надгортанника.

Злокачественные опухоли ротоглотки занимают второе место по частоте встречаемости среди опухолей глотки (30-35%). Новообразования чаще всего развиваются в области нёбных миндалин (63,7-85%), корне языка и мягком небе (10-26%), задней стенке глотки (5-9,1%).

Ротоглотка имеет богатую лимфатическую систему. Поэтому почти в половине случаев при первичном обращении пациенты имеют метастазы в регионарных лимфатических узлах.

За последние десять лет в Республике Беларусь число ежегодно регистрируемых случаев злокачественных опухолей ротоглотки увеличилось с 214 в 2001 году до 295 – в 2010 году (в 1,4 раза).

Из вновь заболевших злокачественными опухолями этих локализаций в 2010 году 265 случаев пришлось на мужское население, 30

— на женское. У 15 (5,1%) установлена I стадия заболевания, у 81 (27,5%) – II, у 97 (32,9%) – III стадия, у 93 (31,5%) – IV стадия заболевания.

Грубый интенсивный показатель заболеваемости злокачественными опухолями ротоглотки для всего населения республики составил 3,1‰, для мужчин – 5,9‰, для женщин – 0,6‰. Стандартизованные показатели заболеваемости — 2,1‰, 4,5‰, 0,3‰ соответственно.

На конец года в онкологических учреждениях республики состояло на учете 728 больных (587 мужчин и 141 женщина). Болезненность в целом по республике составила 7,5‰, 13,0‰ — у мужчин и 2,7‰ — у женщин.

В 2010 году умерло 203 больных (191 мужчина и 12 женщин). Грубый интенсивный показатель смертности составил в целом 2,1‰, 4,2‰ — у мужчин и 0,2‰ — у женщин, а стандартизованный — 1,5‰, 3,3‰, 0,1‰ соответственно.

Одногодичная летальность для всего населения была 49,8%, у мужчин – 52,4%, у женщин – 18,2%.

Соотношение смертности и заболеваемости выглядело следующим образом: 0,69 – среди всего населения, 0,72 – у мужчин, 0,40 – у женщин.

32. Гистологическая классификация.

Абсолютное большинство злокачественных новообразований ротоглотки (90%) представлены плоскоклеточным раком различной степени дифференцировки. Остальные опухоли представлены меланомой, новообразованиями малых слюнных желез, саркомами, плазмацитомами, лимфомами и др. редкими опухолями. В небных миндалинах и корне может развиваться лимфоэпителиома (опухоль Шминке). Неходжскинские лимфомы составляют около 5% опухолей небной миндалины и крайне редко развивается в корне языка. Лимфоэпителиома, лимфосаркомы и низкодифференцированные формы рака чаще наблюдается у лиц молодого возраста.

Неходжскинские лимфомы и лимфосаркомы лечатся в соответствии с разработанными для этих нозологических форм стандартами.

33. Классификация TNM (7-е издание, 2009 год)

33.1. Анатомические области и части.

33.1.1. Передняя стенка (язычно-надгортанная область):

корень языка (задняя часть языка до валикообразных сосочков или задняя треть) (C01.9);

валлекула (C10.0).

33.1.2. Боковая стенка (C10.2):

миндалины (C09.9);

миндаликовая ямка (C09.0) и складка зева (C09.1);

язычно-миндаликовая борозда (C09.1).

33.1.3. Задняя стенка (C10.3).

33.1.4. Верхняя стенка:

нижняя поверхность мягкого неба (C05.1);

язычок (C05.2).

33.2. T – первичная опухоль.

T1 – опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

T2 – опухоль более 2 см, но не более 4 см в наибольшем измерении.

T3 – опухоль более 4 см в наибольшем измерении.

T4a – опухоль распространяется на соседние структуры: глубокие мышцы языка (подбородочно-язычную, подъязычно-язычную, небно-язычную и шиловидно-язычную), медиальную пластинку крыловидного отростка основной кости, нижнюю челюсть, твердое нёбо, гортань.

T4b – опухоль распространяется на: крыловидные мышцы, крыловидные отростки основной кости, латеральную стенку носоглотки, основание черепа или на стенку сонной артерии.

33.3. N – регионарные лимфатические узлы.

NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 – метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 3 см и менее в наибольшем измерении.

N2 – метастазы в одном или нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении или метастазы в лимфатических узлах шеи с обеих сторон, или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении.

N2a – метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении.

N2b – метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении.

N2c – метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении.

N3 – метастаз в лимфатическом узле более 6 см в наибольшем измерении.

33.4. M – отдаленные метастазы.

MX – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M0 – нет признаков отдаленных метастазов.

M1 – имеются отдаленные метастазы.

33.5. Группировка по стадиям (таблица 10).

Таблица 10

I стадия	T1 N0 M0
II стадия	T2 N0 M0
III стадия	T3 N0 M0
	T1 N1 M0
	T2 N1 M0
	T3 N1 M0
IV A стадия	T1 N2 M0
	T2 N2 M0

	T3 N2 M0
	T4a N0 M0
	T4a N1 M0
	T4a N2 M0
IV B	T4 b любая N M0
	Любая T N3 M0
IV C	Любая T любая N M1

34. Диагностические мероприятия:

пальпация лимфатических узлов подчелюстной области и шеи с двух сторон;

УЗИ шеи (при подозрении на наличие непальпируемых метастазов);

орофарингоскопия, ларинго- и гипофарингоскопия (зеркальная или эндоскопическая);

пальцевое исследование тканей языка, обеих миндалин и боковых стенок глотки;

биопсия опухоли;

тонкоигольная аспирационная биопсия увеличенных лимфатических узлов;

рентгенологическое исследование органов грудной клетки или компьютерная рентгеномография у пациентов с развившимися регионарными метастазами;

ортопантомография (для оценки состояния зубов);

компьютерная рентгеномография с контрастированием области первичного опухолевого очага и шеи или МРТ (рекомендуется);

эзофагогастро- и бронхоскопия (при наличии жалоб);

ЭКГ;

Эхо-КГ (при планировании химиотерапии).

34.1. Лабораторные исследования:

группа крови и резус-фактор;

серореакция на сифилис;

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

биохимическое исследование крови (общий белок, креатинин, мочевины, билирубин, щелочная фосфатаза, глюкоза, электролиты – Na, K, Ca, Cl);

клиренс креатинина (при планировании химиотерапии);

коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген) – на этапе предоперационной подготовки.

35. Общие принципы лечения.

35.1. Рак небных миндалин.

Рак небных миндалин хорошо поддается облучению и химиолучевой терапии. Дистанционная лучевая терапия включает объем тканей от твердого неба до подъязычной кости и сзади до середины тел позвонков (90-95%-я изодоза). Передний край поля зависит от локализации опухоли. Нижние отделы зоны регионарного метастазирования могут облучаться с переднезадних

(тангенциальных) полей. При N0 и N1 облучаются лимфатические узлы шеи на стороне локализации первичного опухолевого очага (уровни II, III, IV). При множественных метастазах облучается шея на стороне пораженных лимфатических узлов, включая уровни I, II, III, IV, V и заглоточные лимфатические узлы. При неполной регрессии регионарных метастазов после завершения консервативного лечения выполняется радикальная шейная лимфодиссекция.

Опухоли небной миндалины удаляются трансорально или наружным доступом. В ряде случаев с целью улучшения условий для адекватного удаления опухоли необходима передняя или боковая мандибулотомия. При операции в данной области необходима большая осторожность ввиду близости крупных артериальных сосудов. Селективная лимфодиссекция (уровни II-IV + заглоточные лимфатические узлы) на стороне локализации первичной опухоли может быть выполнена при N0. При наличии метастазов выполняется радикальная шейная лимфодиссекция.

35.2. Рак корня языка и валлекул.

Ранние стадии рака корня языка и валлекул можно одинаково эффективно лечить лучевой терапией, химиолучевым и комбинированным методом. Однако химиолучевая и лучевая терапия приводит к меньшим функциональным нарушениям. Дистанционная лучевая терапия проводится на корень и заднюю треть тела языка, подчелюстные и шейные лимфатические узлы. В качестве варианта при T1-2 N0 возможно проведение сочетанной лучевой терапии (дистанционная лучевая терапия + брахитерапия).

Лимфатические узлы всегда облучаются с двух сторон с лечебной или профилактической целью (уровни I, II, III, IV). При более распространенных процессах (T3-4) лечение следует начинать с неoadьювантной полихимиотерапии или одновременной химиолучевой терапии.

При выполнении хирургического вмешательства на первом этапе лечения в послеоперационном периоде проводится лучевая или одновременная химиолучевая терапия (в зависимости от наличия прогностически неблагоприятных факторов).

Радикальное хирургическое вмешательство при распространенных опухолях корня языка заключается в субтотальной или тотальной резекции языка, тканей дна полости рта, а при распространении опухоли на гортань – резекции или экстирпации гортани. Операцию завершают наложением временной трахеостомы.

35.3. Рак задней стенки глотки и мягкого нёба.

Небольшие опухоли могут быть излечены хирургически или лучевым методом с одинаковой эффективностью. Однако лучевой метод позволяет получить более хороший функциональный исход. Поля облучения те же, что и для корня языка, но задняя граница поля проходит по середине тел позвонков. Учитывая то, что большинство опухолей этой локализации располагаются поблизости к срединной линии при N0 необходимо профилактическое облучение лимфатических узлов с обеих сторон (уровни II, III, IV). При

опухолях задней стенки глотки дополнительно облучаются заглочные лимфатические узлы. Зоны регионарного метастазирования облучаются с передних или переднезадних полей.

При множественных метастазах рака задней стенки глотки и мягкого нёба облучаются лимфатические узлы, включая уровни I, II, III, IV, V (с одной или двух сторон шеи) и заглочные лимфатические узлы.

Пациенты с распространенным заболеванием лечатся комбинированно и химиолучевым методом. Хирургические вмешательства выполняются при наличии остаточной опухоли и/или метастазов после проведенного лечения.

36. Лечение рака ротоглотки в зависимости от стадии заболевания.

36.1. T1-2 N0-1 M0.

36.1.1. Дистанционная лучевая терапия на первичный опухолевый очаг в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) и регионарные лимфатические узлы в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) или в СОД 60-70 Гр при N1. В качестве варианта лечения при N0 может быть использована сочетанная лучевая терапия. На первом этапе облучается первичный опухолевый очаг и регионарные лимфатические узлы в СОД 50 Гр (РОД 2 Гр). Через 7-10 дней проводится брахитерапия до СОД изокв. 70 Гр.

При неполной регрессии первичного опухолевого очага производится хирургическое удаление резидуальной опухоли.

Односторонняя шейная лимфодиссекция выполняется в случае неполной регрессии метастаза.

36.1.2. Химиотерапия одновременно с дистанционной лучевой терапией (только для T1-T2, N1):

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне лучевой терапии в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

При неполной регрессии первичного опухолевого очага производится хирургическое удаление резидуальной опухоли.

Односторонняя шейная лимфодиссекция выполняется в случае неполной регрессии метастаза.

36.1.3. Хирургическое удаление первичной опухоли ± односторонняя или двухсторонняя шейная лимфодиссекция (выполняются обязательно при N1) + послеоперационная дистанционная лучевая терапия или химиотерапия одновременно с лучевой терапией.

При отсутствии экстракапсулярного распространения метастаза, перинеуральной/лимфатической/сосудистой инвазии – на ложе удаленной опухоли проводится послеоперационная лучевая терапия в СОД 60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр). Аналогичное лечение проводится при N0, если не выполнялась профилактическая шейная лимфодиссекция.

При наличии роста опухоли в краях отсечения, экстракапсулярном распространении метастаза или выявлении множественных метастазов в

удаленных лимфатических узлах шеи проводится послеоперационная химиотерапия одновременно с лучевой терапией:

цисплатин 100 мг/м^2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне лучевой терапии в СОД 70Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

36.2. ТЗ-4 N0M0.

36.2.1. Химиотерапия одновременно с дистанционной лучевой терапией:

цисплатин 100 мг/м^2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне лучевой терапии в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

При неполной регрессии первичного опухолевого очага производится хирургическое удаление резидуальной опухоли.

36.2.2 Хирургическое удаление первичной опухоли ± односторонняя или двухсторонняя шейная лимфодиссекция + послеоперационная дистанционная лучевая терапия на ложе удаленной опухоли в СОД 60 Гр (РОД 2 Гр) и регионарные лимфатические узлы в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр).

При наличии роста опухоли в краях отсечения, выявлении множественных метастазов в удаленных лимфатических узлах шеи или экстракапсулярном распространении метастаза проводится послеоперационная химиотерапия одновременно с дистанционной лучевой терапией:

цисплатин 100 мг/м^2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне дистанционной лучевой терапии в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

36.2.3. Неoadьювантная химиотерапия + последующая одновременная дистанционная лучевая и химиотерапия.

36.2.3.1. Схема неoadьювантной химиотерапии:

цисплатин $75-100 \text{ мг/м}^2$ внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й день;

флуороурацил $750-1000 \text{ мг/м}^2 /\text{сут}$ внутривенная 24-часовая инфузия 1-4 дни;

3 курса с интервалом в 3-4 недели.

36.2.3.2. Одновременное химиолучевое лечение:

цисплатин 100 мг/м^2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне дистанционной лучевой терапии в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

При неполной регрессии первичного опухолевого очага производится хирургическое удаление резидуальной опухоли.

36.3. ТЗ-4 N1-3 M0, любое Т N2-3 M0.

36.3.1. Химиотерапия одновременно с дистанционной лучевой терапией:

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне лучевой терапии в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и регионарные лимфатические узлы в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр). Большие ограниченно смещаемые или не смещаемые метастазы облучаются в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр).

При полной регрессии первичного опухолевого очага и неполной регрессии метастазов выполняется радикальная шейная лимфодиссекция,

При полной регрессии первичного опухолевого очага и метастазов проводится динамическое наблюдение или возможно выполнение радикальной шейной лимфодиссекции у больных с изначальными N2-3.

При неполной регрессии первичного опухолевого очага производится хирургическое удаление резидуальной опухоли ± радикальная шейная лимфодиссекция.

36.3.2. Неoadъювантная химиотерапия + последующая одновременная дистанционная лучевая и химиотерапия.

36.3.2.1. Схема неoadъювантной химиотерапии:

цисплатин 75-100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й день;

флуороурацил 750-1000 мг/м² /сут внутривенная 24-часовая инфузия 1-4 дни;

3 курса с интервалом в 3-4 недели.

36.3.2.2. Одновременное химиолучевое лечение:

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне дистанционной лучевой терапии в СОД 70Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

При полной регрессии первичного опухолевого очага и неполной регрессии метастазов выполняется радикальная шейная лимфодиссекция.

При полной регрессии первичного опухолевого очага и метастазов проводится динамическое наблюдение или возможно выполнение радикальной шейной лимфодиссекции у больных с изначальными N2-3.

При неполной регрессии первичного опухолевого очага производится хирургическое удаление резидуальной опухоли ± радикальная шейная лимфодиссекция.

36.3.3. Хирургическое удаление первичной опухоли + шейная лимфодиссекция + послеоперационная дистанционная лучевая терапия или химиотерапия одновременно с лучевой терапией.

При N1, N2a-b и N3 выполняется односторонняя радикальная шейная лимфодиссекция.

При N2c выполняется двусторонняя радикальная шейная лимфодиссекция.

Послеоперационная лучевая терапия проводится на ложе удаленной опухоли и регионарного лимфатического коллектора в СОД 60 Гр (РОД 2 Гр). При N1 без экстракапсулярного распространения – на область удаленного

регионарного лимфатического коллектора подводится СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр).

В случае выявления роста опухоли в краях отсечения, экстракапсулярном распространении метастазов, множественных метастазах проводится послеоперационная химиотерапия одновременно с лучевой терапией:

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне дистанционной лучевой терапии в СОД 70Гр (РОД 2 Гр) на ложе удаленной опухоли и область регионарных лимфатических коллекторов в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

37. Режим наблюдения:

Диспансерное наблюдение за излеченными больными:

первый год – каждые 1-3 мес;

второй год – каждые 2-4 мес;

с третьего по пятый год – каждые 4-6 мес;

после пяти лет – каждые 6-12 мес.

38. Объем обследования:

пальпация подчелюстной области и шеи,

орофарингоскопия,

передняя и задняя риноскопия,

(при подозрении на наличие непальпируемых метастазов – УЗИ шеи),

эзофагогастро- и бронхоскопия (при наличии жалоб),

рентгенологическое исследование органов грудной клетки (каждые 6-12 мес),

уровень ТТГ каждые 6-12 мес (после облучения шеи).

ГЛАВА 4.2

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ НОСОГЛОТКИ (C11)

Носоглотка – верхняя часть глотки, располагающаяся ниже основания черепа позади полости носа. Границей со средним отделом (ротоглоткой) является условная горизонтальная линия, проходящая по твёрдому нёбу. Верхняя стенка – основание черепа (тело основной кости, основная часть затылочной кости и пирамиды височных костей); передняя стенка – края хоан; задняя – передние поверхности I и II позвонков; боковые стенки – мышечные (сжиматели глотки); нижняя – задняя поверхность мягкого нёба.

Мужчины заболевают раком носоглотки в 3–4 раза чаще, чем женщины. Преимущественный возраст заболевших 40–60 лет. Одними из первых симптомов опухоли являются нарастающее затруднение дыхания носом, гнусавость, заложенность и шум в ушах, понижение слуха. У 10–15% больных может наблюдаться прорастание опухоли в основание черепа. Опухоли носоглотки очень рано метастазируют в лимфатические узлы верхней трети шеи и зачелюстной области (60–90%). Поражение лимфатических узлов регионарных зон у 25–80% больных является первым клиническим проявлением рака носоглотки.

В последние годы злокачественными опухолями носоглотки в Республике Беларусь заболевало ежегодно 30–35 человек.

Из вновь заболевших злокачественными новообразованиями этой локализации в 2010 году (31 больной) 21 случай пришелся на мужское население, 10 — на женское. В 2010 году не было зарегистрировано больных с I стадией заболевания, у 9(29,0%) заболевших была установлена II стадия заболевания, с III и IV стадией заболевания было зарегистрировано по 10 больных (по 32,3%).

Грубый интенсивный показатель заболеваемости злокачественными опухолями носоглотки для всего населения республики составил $0,3^0/0000$, для мужчин – $0,5^0/0000$, для женщин – $0,2^0/0000$. Стандартизованные показатели заболеваемости – $0,2^0/0000$, $0,4^0/0000$, $0,1^0/0000$ соответственно.

На конец года в онкологических учреждениях республики состояло на учете 239 больных (140 мужчин и 99 женщин). Болезненность в целом по республике составила $2,5^0/0000$, $3,1^0/0000$ — у мужчин и $1,9^0/0000$ — у женщин.

В 2010 году умерло 17 больных (14 мужчин и 3 женщины). Грубый интенсивный показатель смертности составил в целом $0,2^0/0000$, $0,3^0/0000$ — у мужчин и $0,05^0/0000$ — у женщин, а стандартизованный — $0,1^0/0000$, $0,2^0/0000$, менее $0,01^0/0000$ соответственно.

Одногодичная летальность для всего населения была 16,1%, у мужчин – 17,4%, у женщин — 12,5%.

Соотношение смертности и заболеваемости раком носоглотки выглядело следующим образом: 0,55 – среди всего населения, 0,67 – у мужчин, 0,30 – у женщин.

39. Гистологическая классификация (таблица 11).

Представлены наиболее часто встречающиеся морфологические варианты злокачественных опухолей носоглотки.

Таблица 11

Классификация ВОЗ	Ранее используемая терминология
Тип 1: Плоскоклеточная карцинома	Плоскоклеточная карцинома
Тип 2: Неороговевающая карцинома: без лимфоидной стромы с лимфоидной стромой	Переходно-клеточная карцинома Промежуточно-клеточная карцинома Лимфоэпителиальная карцинома
Тип 3: Недифференцированная карцинома: без лимфоидной стромы с лимфоидной стромой	Анапластическая карцинома: светлоклеточная карцинома Лимфоэпителиальная карцинома (Шминке)

40. Классификация TNM (7-е издание, 2009 год)

40.1. Анатомические области и части носоглотки.

40.1.1. Задневерхняя стенка: от уровня линии соединения твердого и мягкого неба до основания черепа (C11.0, C11.1).

40.1.2. Боковая стенка, включая ямку Розенмюллера (C 11.2).

40.1.3. Нижняя стенка, представляющая собой заднюю поверхность мягкого неба (C 11.3).

40.2. T – первичная опухоль.

T1 – опухоль в пределах носоглотки.

T2 – опухоль распространяется в мягкие ткани верхней части ротоглотки и/или носовую ямку.

T2a – без распространения в окологлоточные структуры.

T2b – с распространением в окологлоточные структуры.

T3 – опухоль распространяется в кость и/или параназальные структуры.

T4 – опухоль распространяется в полость черепа с или без вовлечения черепных нервов, поражает подвисочную ямку, орбиту, гортаноглотку или жевательные мышцы.

40.3. N – регионарные лимфатические узлы.

N – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 – односторонние метастазы до 6 см выше надключичной ямки.

N2 – двусторонние метастазы до 6 см выше надключичной ямки.

N3 – метастазы более 6 см и/или в надключичной ямке.

N3a – метастазы более 6 см.

N3b – метастазы в надключичной ямке.

40.4. M – отдаленные метастазы.

MX – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M0 – нет признаков отдаленных метастазов.

M1 – имеются отдаленные метастазы.

40.5. Группировка по стадиям (таблица 12).

Таблица 12

I стадия	T1 N0 M0
II A	T2a N0 M0
II B	T1 N1 M0
	T2 N1 M0
	T2 a N1 M0
	T2 b N0 M0
	T2 b N1 M0
IV A стадия	T4 N0 M0
	T4 N1 M0
	T4 N2 M1
	T2 b N2 M0
	T3 N0 M0
	T3 N1 M0
	T3 N2 M0
IV B	Любая T N3 M0
IV C	Любая T любая N M1

40.6. Резюме (таблица 13).

Таблица 13

	Носоглотка
T1	Поражена только носоглотка
T2	Опухоль прорастает в мягкие ткани
T2a	Ротоглотка/полость носа без прорастания в парафарингеальное пространство
T2b	Опухоль распространяется в парафарингеальное пространство
T3	Поражены костные структуры и/или придаточные пазухи носа
T4	Опухоль прорастает в полость черепа, черепные нервы, подвисочную ямку, гортаноглотку, глазницу, жевательные мышцы
N1	Метастаз (ы) с одной стороны ≤ 6 см над надключичной ямкой
N2	Двусторонние метастазы ≤ 6 см над надключичной ямкой
N3a	Метастазы > 6 см
N3b	Метастазы в лимфатических узлах надключичной ямки

41. Диагностические мероприятия:

тщательный сбор анамнеза;
пальпация шеи и подчелюстной области с обеих сторон;
УЗИ шеи (при подозрении на наличие непальпируемых метастазов);
ото-, фаринго- и задняя риноскопии (при необходимости после оттягивания мягкого нёба);
биопсия опухоли носоглотки;
тонкоигольная аспирационная биопсия увеличенного лимфоузла шеи;
рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
компьютерная томография органов грудной клетки и печени у больных с высоким риском легочных метастазов (T4 и/или N2-3);
сканирование костей при T4 и/или N2-3;
магнитно-резонансная томография с гадолинием от основания черепа, включая носоглотку до ключиц и/или компьютерная рентгеномтомография с контрастированием;
ЭКГ;
Эхо-КГ (при планировании химиотерапии).

41.1. Лабораторные исследования:

группа крови и резус-фактор;
серореакция на сифилис;
общий анализ крови;
общий анализ мочи;
биохимическое исследование крови (общий белок, креатинин, мочевина, билирубин, щелочная фосфатаза, глюкоза, электролиты – Na, K, Ca, Cl);
клиренс креатинина (при планировании химиотерапии);
коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген) – на этапе предоперационной подготовки.

42. Общие принципы лечения.

Лечение рака носоглотки лучевое и химиолучевое. Пациенты с T1N0M0 и T2aN0M0 могут быть излечены применением только лучевой терапии. В остальных случаях используется химиолучевое лечение. У отдельных групп больных целесообразна адъювантная химиотерапия.

Шейные лимфатические узлы всегда облучаются билатерально с лечебной или профилактической целью.

Хирургические вмешательства используются крайне редко (удаление рецидивных опухолей при невозможности провести повторной облучение или радикальная шейная лимфодиссекция при неполной регрессии метастазов после химиолучевого лечения).

42.1. Лучевая терапия.

Лучевая терапия в СОД 70-80 Гр (РОД 2 Гр) используется в качестве самостоятельного метода при лечении рака носоглотки T1N0M0 и T2aN0M0. Одновременно с первичным опухолевым очагом осуществляется двустороннее облучение регионарных лимфатических узлов (уровень II, III, IV, V +

заглочные лимфатические узлы). При лечении более распространенных форм опухолей лучевая терапия используется в рамках химиолучевого лечения.

В случае недостаточной резорбции опухоли в носоглотке после 50–60 Гр наружное облучение может быть дополнено внутрисполостной терапией (брахитерапией) до СОД экв. 80 Гр.

43. Лечение в зависимости от стадии.

43.1. I-IIA стадии (T1N0M0; T2aN0M0).

Дистанционная или сочетанная лучевая терапия на первичный опухолевый очаг в СОД 70-80 Гр + профилактическое двустороннее облучение регионарных лимфатических узлов в СОД 50-60 Гр.

43.2. IIB-IVA и V стадия (T1N1-3M0; T2в-T4N0-3M0).

Химиолучевая терапия + адъювантная химиотерапия:

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне проведения лучевой терапии по радикальной программе. Первичный опухолевый очаг облучается в СОД 70Гр (РОД 2 Гр), регионарные лимфатические узлы в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр). При больших или множественных регионарных метастазах СОД 70 Гр (РОД 2 Гр).

После завершения лечения проводится три курса адъювантной полихимиотерапии:

цисплатин 75-100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й день;

флуороурацил 750-1000 мг/м² /сут внутривенная 24-часовая инфузия 1-4 дни.

Интервал между курсами 4 недели.

При неполной регрессии регионарных метастазов выполняется радикальная шейная диссекция.

43.3. IVC стадия (любая T любая NM1).

Полихимиотерапия + лучевая терапия на область первичного опухолевого очага (СОД 70 Гр, РОД 2 Гр) и регионарных лимфатических узлов (СОД 60-70 Гр, РОД 2 Гр), которая проводится при полной регрессии отдаленных метастазов после химиотерапии.

Лучевая терапия также может быть использована для лечения отдаленных метастазов.

44. Схемы химиотерапии.

44.1. Цисплатин 75-100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й день,

флуороурацил 750-1000 мг/м² /сут внутривенная 24-часовая инфузия 1-4 дни,

интервал между курсами 4 недели.

44.2. Доксорубин 40 мг/м² внутривенно в течение 20-30 мин в 1-й день, циклофосфамид 600 мг/м² внутривенно в течение 20-30 мин в 1-й день, винкристин 2 мг внутривенно струйно в 1-й день,

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 4-й день,
преднизолон 1 мг/кг внутрь с 1-го по 5-й дни,
интервал между курсами 3-4 недели.

45. Лечение рецидива заболевания.

При местном рецидиве опухоли может быть рассмотрен вопрос о проведении повторного облучения носоглотки с использованием дистанционной лучевой терапии.

46. Режим наблюдения:

Диспансерное наблюдение за излеченными больными:

первый год – каждые 3 мес;

второй год – каждые 4 мес;

с третьего по пятый год – каждые 6 мес;

после пяти лет – каждые 12 мес.

47. Объем обследования:

пальпация подчелюстной области и шеи,

орофарингоскопия,

передняя и задняя риноскопия,

(при подозрении на наличие непальпируемых метастазов – УЗИ шеи),

эзофагогастро- и бронхоскопия (при наличии жалоб),

рентгенологическое исследование органов грудной клетки (каждые 6 мес.),

уровень ТТГ каждые 12 мес. (после облучения шеи).

ГЛАВА 4.3

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГОРТАНОГЛОТКИ (C12, C13)

Второй локализацией по частоте возникновения опухолей в глотке является гортаноглотка. Верхней границей гортаноглотки является линия нижней границы ротоглотки на уровне большого рожа подъязычной кости и верхнего края свободной части надгортанника перпендикулярная к задней стенке глотки, нижней – плоскость, проходящая по нижнему краю перстневидного хряща. Граница с гортанью – линия, проходящая по свободному краю надгортанника, краю черпаловидно-надгортанных складок и черпаловидных хрящей. Чаще всего опухоли развиваются в грушевидном синусе. В позадиперстневидной области и на задней стенке опухоли возникают редко.

В гортаноглотке преобладающей формой опухоли являются разновидности плоскоклеточного рака. Неэпителиальные опухоли наблюдаются в 2–3% случаев. Болеют преимущественно мужчины 40–60 лет. Факторами риска для этих новообразований, как и при опухолях гортани, являются курение и злоупотребление алкоголем.

За последние десять лет количество ежегодно регистрируемых случаев злокачественных новообразований гортаноглотки в Беларуси увеличилось с 168 в 2001 году до 227 – в 2010 году (в 1,4 раза).

Из вновь заболевших злокачественными опухолями этой локализации в 2010 году, 217 случаев пришлось на мужское население, 10 — на женское. У 5 больных раком гортаноглотки (2,2%) установлена I стадия заболевания, у 23 (10,1%) – II, у 129 (56,8%) – III стадия, у 70 (30,8%) – IV стадия заболевания.

Грубый интенсивный показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями гортаноглотки для всего населения республики составил $2,3^{0/0000}$, для мужчин – $4,8^{0/0000}$, для женщин – $0,2^{0/0000}$. Стандартизованные показатели заболеваемости — $1,6^{0/0000}$, $3,7^{0/0000}$, менее $0,1^{0/0000}$ соответственно.

На конец года в онкологических учреждениях республики состояло на учете 474 больных (461 мужчина и 13 женщин). Болезненность в целом по республике составила $4,9^{0/0000}$, $10,3^{0/0000}$ — у мужчин и $0,3^{0/0000}$ — у женщин.

В 2010 году умерло 160 больных раком гортаноглотки (155 мужчин и 5 женщин). Грубый интенсивный показатель смертности для всего населения составил $1,7^{0/0000}$, среди мужчин — $3,4^{0/0000}$ и $0,05^{0/0000}$ — среди женщин, а стандартизованный — $1,1^{0/0000}$, $2,5^{0/0000}$, менее $0,04^{0/0000}$ соответственно.

Одногодичная летальность для всего населения была 48,6%, у мужчин – 48,5%, у женщин — 50,0%.

Соотношение смертности и заболеваемости раком гортаноглотки составило 0,70 для всего населения, 0,71 – у мужчин, 0,50 – у женщин.

48. TNM классификация.

48.1. Анатомические области и части гортаноглотки.

48.1.1. Глоточно-пищеводное соединение (C13.0) (область позади перстневидного хряща): простирается от уровня черпаловидного хряща и черпаловидно-надгортанных складок до нижней границы перстневидного хряща и формирует переднюю стенку гортаноглотки.

48.1.2. Грушевидный синус (C12.9): простирается от черпаловидно-надгортанной складки до верхнего края пищевода, латерально ограничен щитовидным хрящом, медиально – поверхностью черпаловидно-надгортанной складки (C13.1), черпаловидным и перстневидным хрящами.

48.1.3. Задняя стенка глотки (C13.2): простирается от уровня валлекул до нижнего края перстневидного хряща.

48.2. T – первичная опухоль.

T1 – опухоль не выходит за пределы одной анатомической части гортаноглотки и составляет до 2 см в наибольшем измерении.

T2 – опухоль выходит за пределы одной анатомической части гортаноглотки или распространяется на соседние структуры без фиксации половины гортани, или превышает 2 см.

T3 – опухоль более 4 см в наибольшем измерении или с фиксацией половины гортани.

T4a – опухоль прорастает прилежащие структуры: щитовидный/перстневидный хрящ, подъязычную кость, мягкие ткани шеи, (подподъязычные мышцы или подкожную жировую клетчатку), щитовидную железу, пищевод.

T4b – опухоль распространяется на превертебральную фасцию, сонную артерию или медиастенальные структуры.

48.3. N – регионарные лимфатические узлы.

N – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 – односторонние метастазы до 6 см выше надключичной ямки.

N2 – двусторонние метастазы до 6 см выше надключичной ямки.

N3 – метастазы более 6 см или в надключичной ямке.

N3a – метастазы более 6 см.

N3b – метастазы в надключичной ямке.

48.4. M – отдаленные метастазы.

MX – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M0 – нет признаков отдаленных метастазов.

M1 – имеются отдаленные метастазы.

48.5. Группировка по стадиям (таблица 14).

Таблица 14

I стадия	T1 N0 M0
II стадия	T2 N0 M0
III стадия	T3 N0 M0
	T1 N1 M0
	T2 N1 M0
	T3 N1 M0
IV A стадия	T1 N2 M0
	T2 N2 M0
	T3 N2 M0
	T4a N0 M0
	T4a N1 M0
	T4a N2 M0
IV B	T4 b любая N M0
	Любая T N3 M0
IV C	Любая T любая N M1

49. Диагностические мероприятия:

пальпация лимфатических узлов подчелюстной области и шеи с двух сторон;

УЗИ шеи (при подозрении на наличие непальпируемых метастазов);
орофарингоскопия, ларинго- и гипофарингоскопия (зеркальная или эндоскопическая);
пальцевое исследование тканей корня языка, обеих миндалин и боковых стенок глотки;
биопсия опухоли;
тонкоигольная аспирационная биопсия увеличенных лимфатических узлов;
рентгенологическое исследование органов грудной клетки или компьютерная рентгеномография у пациентов с развившимися регионарными метастазами;
компьютерная рентгеномография с контрастированием области первичного опухолевого очага и шеи или МРТ (особенно рекомендуется у пациентов с регионарными метастазами);
эзофагоскопия;
гастро- и бронхоскопия (при наличии жалоб);
ЭКГ;
Эхо-КГ (при планировании химиотерапии).

49.1. Лабораторные исследования:

группа крови и резус-фактор;
серореакция на сифилис;
общий анализ крови;
общий анализ мочи;
биохимическое исследование крови (общий белок, креатинин, мочевины, билирубин, щелочная фосфатаза, глюкоза, электролиты – Na, K, Ca, Cl);
клиренс креатинина (при планировании химиотерапии);
коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген) – на этапе предоперационной подготовки.

50. Общие принципы лечения.

Ранние стадии рака гортаноглотки (T1N0-1, небольшие T2N0) могут быть излечены с помощью дистанционной лучевой терапии или хирургического метода. В большинстве случаев используется комбинированное лечение, в том числе с применением неoadьювантной химиотерапии или одновременной лучевой терапии и химиотерапии. Учитывая склонность рака гортаноглотки к раннему метастазированию в регионарные лимфатические узлы во всех случаях рекомендуется осуществлять профилактическое облучение регионарных лимфатических узлов (II, III, IV и при распространении опухоли на пищевод – VI уровень) или выполнять превентивные селективные лимфодиссекции. При наличии метастазов (N2-3) облучается II, III, IV, V, заглочные лимфатические узлы и при распространении опухоли на пищевод – VI уровень).

51. Лечение рака гортаноглотки в зависимости от стадии заболевания.

51.1. I-II стадии (T1 N0-1 M0, небольшие T2 N0 M0).

51.1.1. Дистанционная лучевая терапия на первичный опухолевый очаг в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) и регионарные лимфатические узлы СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр).

При неполной регрессии первичного опухолевого очага производится хирургическое удаление резидуальной опухоли.

Односторонняя шейная лимфодиссекция выполняется в случае неполной регрессии метастазов.

51.1.2. Частичная ларингофарингэктомия + односторонняя или двусторонняя селективная шейная лимфодиссекция (N0) или радикальная шейная лимфодиссекция (N1).

При отсутствии экстракапсулярного распространения метастаза, перинеуральной/лимфатической/сосудистой инвазии – на область первичного очага проводится послеоперационная лучевая терапия в СОД 60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр).

При наличии роста опухоли в краях отсечения, экстракапсулярном распространении метастазов проводится послеоперационная химиотерапия одновременно с лучевой терапией:

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне дистанционной лучевой терапии СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на область первичного опухолевого очага и СОД 60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

51.2. III-IV стадии (T1 N2-3 M0, T2-3 любая N M0) потенциально нуждающиеся в ларингэктомии.

51.2.1. Два курса неоадьювантной химиотерапии:

цисплатин 75- 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й день;

флуороурацил 750-1000 мг/м² /сут внутривенная 24-часовая инфузия 1-4 дни.

51.2.1.1. При полной регрессии первичного опухолевого очага: дистанционная лучевая терапия в СОД 70Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и регионарные лимфатические узлы в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр). Большие ограниченно смещаемые или не смещаемые метастазы облучаются в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр):

при неполной регрессии метастазов выполняется радикальная шейная лимфодиссекция;

при полной регрессии метастазов проводится динамическое наблюдение или возможно выполнение радикальной шейной лимфодиссекции у больных с изначальными N2-3.

51.2.1.2. При регрессии первичной опухоли менее 50% выполняется хирургическое вмешательство на первичном опухолевом очаге и регионарных лимфатических узлах (по показаниям) + лучевая или одновременная химиолучевая терапия:

при отсутствии экстракапсулярного распространения метастаза(ов), периневральной/лимфатической/сосудистой инвазии – на область первичного очага проводится послеоперационная лучевая терапия в СОД 60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр);

при наличии роста опухоли в краях отсечения, экстракапсулярном распространении метастазов, множественных метастазах, периневральной/лимфатической/сосудистой инвазии проводится послеоперационная химиотерапия одновременно с лучевой терапией:

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне дистанционной лучевой терапии СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на область первичного опухолевого очага и СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

51.2.1.3. При регрессии первичного опухолевого очага более 50%: проводится еще один курс неoadъювантной химиотерапии:

цисплатин 75-100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й день;

флуороурацил 750-1000 мг/м² /сут внутривенная 24-часовая инфузия 1-4 дни.

При полной регрессии первичного опухолевого очага после 3-го курса проводится дистанционная лучевая терапия в СОД 70Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и регионарные лимфатические узлы в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр). Большие ограниченно смещаемые или не смещаемые метастазы облучаются в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр):

при неполной регрессии метастазов выполняется радикальная шейная лимфодиссекция;

при полной регрессии метастазов проводится динамическое наблюдение или возможно выполнение радикальной шейной лимфодиссекции у больных с изначальными N2-3.

При наличии резидуальной опухоли выполняется хирургическое вмешательство на первичном опухолевом очаге и регионарных лимфатических узлах (по показаниям) + лучевая или одновременная химиолучевая терапия:

при отсутствии экстракапсулярного распространения метастаза (ов), периневральной/лимфатической/сосудистой инвазии – на область первичного очага проводится послеоперационная лучевая терапия в СОД 60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр);

при наличии роста опухоли в краях отсечения, экстракапсулярном распространении метастазов, множественных метастазах, периневральной/лимфатической/сосудистой инвазии проводится послеоперационная химиотерапия одновременно с лучевой терапией:

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне дистанционной лучевой терапии СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на область первичного

опухолевого очага и СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на регионарный лимфатические узлы.

51.2.2. Ларингофарингэктомия + односторонняя или двусторонняя селективная шейная лимфодиссекция (N0) или радикальная шейная лимфодиссекция (N+):

при отсутствии экстракапсулярного распространения метастаза (ов), перинеуральной/лимфатической/сосудистой инвазии – на область первичного очага проводится послеоперационная лучевая терапия в СОД 60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр);

при наличии опухоли в краях отсечения, экстракапсулярном распространении метастазов, перинеуральной/лимфатической/сосудистой инвазии проводится послеоперационная химиотерапия одновременно с лучевой терапией:

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне дистанционной лучевой терапии СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на область первичного опухолевого очага и СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на регионарный лимфатические узлы.

51.2.3. Химиотерапия одновременно с дистанционной лучевой терапией: цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне лучевой терапии в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и регионарные лимфатические узлы в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

Большие ограниченно смещаемые или не смещаемые метастазы облучаются в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр):

при полной регрессии первичного опухолевого очага и неполной регрессии метастазов выполняется радикальная шейная лимфодиссекция;

при полной регрессии первичного опухолевого очага и метастазов проводится динамическое наблюдение или возможно выполнение радикальной шейной лимфодиссекции у больных с изначальными N2-3;

при неполной регрессии первичного опухолевого очага производится хирургическое удаление резидуальной опухоли радикальная шейная лимфодиссекция (по показаниям).

51.2. IV стадия T4 любая N M0.

51.2.1. Хирургическое вмешательство на первичном опухолевом очаге + радикальная или селективная (профилактическая) шейная лимфодиссекция + одновременная химиотерапия и лучевая терапия:

цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне лучевой терапии в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) на интактные регионарные лимфатические узлы. При экстракапсулярном распространении метастазов (а) регионарные лимфатические узлы облучаются в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

51.2.2. Одновременная химиотерапия и лучевая терапия ± хирургическое вмешательство на первичном опухолевом очаге и регионарных лимфатических узлах.

Цисплатин 100 мг/м² внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й, 22-й и 43-й дни на фоне лучевой терапии в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) на первичный очаг и в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) на интактные регионарные лимфатические узлы. При множественных или больших метастазах СОД 70 Гр (РОД 2 Гр).

При неполной регрессии первичного опухолевого очага производится хирургическое удаление резидуальной опухоли + шейная лимфодиссекция (по показаниям)

При полной регрессии первичного опухолевого очага и неполной регрессии метастазов выполняется радикальная шейная лимфодиссекция.

При полной регрессии первичного опухолевого очага и метастазов проводится динамическое наблюдение или возможно выполнение радикальной шейной лимфодиссекции у больных с изначальными N2-3.

Лечение нерезектабельных опухолей – химиолучевое и лучевое.

52. Режим наблюдения:

в течение первого года после завершения лечения – ежемесячно;

в течение второго года – каждые 4 месяца;

с третьего по пятый годы – один раз каждые 6 месяцев;

после пяти лет – один раз каждые 12 месяцев.

53. Объем обследования:

пальпация подчелюстной области и шеи,

орофарингоскопия, ларингоскопия,

передняя и задняя риноскопия,

УЗИ шеи (при подозрении на наличие непальпируемых метастазов),

эзофагогастро- и бронхоскопия (при наличии жалоб),

рентгенологическое исследование органов грудной клетки (каждые 6-12 мес.),

уровень ТТГ каждые 6-12 мес. (после облучения шеи).