

ГЛАВА 6 РАК ГОРТАНИ (С32.0)

Ведущим этиологическим фактором развития рака гортани является курение и его сочетание с употреблением алкоголя. Определенную роль играют хронические воспалительные процессы гортани. Общие этиологические факторы способствуют развитию у больных раком гортани синхронных и метакронных злокачественных опухолей легких и пищевода.

Болеют преимущественно мужчины (94%) в возрасте 40-60 лет (86%). Несмотря на возможность визуальной диагностики рака гортани, большинство больных обращаются за помощью с опухолями, соответствующими Т3-4. Рак гортани развивается в 30%-35% в надсвязочном (вестибулярный) отделе, в 60%-65% в области голосовых связок (средний) и примерно в 5% в подсвязочном отделе. Более 50% больных с раком надсвязочного отдела обращаются за помощью, уже имея клинически определяемые регионарные метастазы. Рак области голосовых связок метастазирует гораздо реже и позже.

Рак гортани в Беларуси занимает 1-е место среди новообразований головы и шеи, составляя 3,6% в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями человека.

За последние 10 лет в Республике Беларусь число вновь заболевших раком гортани колебалось в пределах 590 – 640 случаев в год.

В 2010 году в Беларуси заболело раком гортани 642 человека, подавляющее число из них были мужчины – 625, и лишь 17 женщин. У 128 пациентов (19,9%) установлена I стадия заболевания, у 192 (29,9%) – II, у 250 (38,9%) – III стадия, у 60 (9,3%) – IV стадия заболевания.

Грубый интенсивный показатель заболеваемости раком гортани для всего населения республики составил $6,6^{0}/_{0000}$, для мужчин — $13,9^{0}/_{0000}$, для женщин — $0,3^{0}/_{0000}$. Стандартизованные показатели заболеваемости — $4,6^{0}/_{0000}$, $10,6^{0}/_{0000}$, $0,2^{0}/_{0000}$ соответственно.

На конец года в онкологических учреждениях республики состояло на учете 3 385 больных (3 184 мужчины и 201 женщина). Болезненность в целом по республике составила $35,0^{0}/_{0000}$, $70,6^{0}/_{0000}$ — у мужчин и $3,9^{0}/_{0000}$ — у женщин.

В 2010 году умерло 298 больных раком гортани (294 мужчины и 4 женщины). Грубый интенсивный показатель смертности составил в целом по республике $3,1^{0}/_{0000}$, $6,5^{0}/_{0000}$ — у мужчин и $0,1^{0}/_{0000}$ — у женщин, а стандартизованный — $2,0^{0}/_{0000}$, $4,8^{0}/_{0000}$, и менее $0,1^{0}/_{0000}$ соответственно.

Одногодичная летальность для всего населения была 23,8%, у мужчин – 24,1%, у женщин – 15,8%.

Соотношение смертности и заболеваемости раком гортани выглядело следующим образом: 0,46 – среди всего населения, 0,47 – у мужчин, 0,24 – у женщин.

64. Гистологическая классификация.

Злокачественные новообразования гортани обычно развиваются из поверхностного эпителия и в основном представлены плоскоклеточным раком (более 95%) и его вариантами. Крайне редко в гортани могут развиваться саркомы, аденокарциномы, нейроэндокринные опухоли и т.д.

Рекомендуется следующая гистологическая классификация опухолей гортани (ВОЗ, 2005) (лимфомы и саркомы не включены):

Плоскоклеточный рак классический, неспецифический

Плоскоклеточный рак, варианты

Акантолитический

Железисто-плоскоклеточный

Базалоидный

Папиллярный

Веретенклеточный

Веррукозный

Лимфоэпителиальный (неносоглоточный)

Нейроэндокринные карциномы

Типичный карциноид (высоко дифференцированная нейроэндокринная карцинома)

Атипичный карциноид (умеренно дифференцированная нейроэндокринная карцинома)

Мелкоклеточный нейроэндокринный рак (низко дифференцированная нейроэндокринная карцинома)

Крупноклеточный нейроэндокринный рак (низко дифференцированная нейроэндокринная карцинома)

Карциномы малых слюнных желез

Аденокистозный рак

Мукоэпидермоидный рак (высоко, умеренно и низко дифференцированный)

Меланома слизистых

65. TNM классификация.

Классификация применима только для рака. Необходимо морфологическое подтверждение диагноза.

65.1. Анатомические области и части.

Гортань делится на 3 отдела: надсвязочный (вестибулярный), область голосовых связок (средний) и подсвязочный.

65.1.1. Надсвязочная область (C32.1):

часть надгортанника выше подъязычной кости, включая верхушку, язычную (переднюю) и гортанную поверхности;
черпаловидно-надгортанная складка со стороны гортани;
черпаловидный хрящ;
часть надгортанника ниже подъязычной кости;
желудочковые связки (ложные голосовые связки).

65.1.2. Область голосовых связок (C32.0):

истинные голосовые связки;
передняя комиссура;
задняя комиссура.

65.1.3. Подсвязочная область (C32.2) – область, находящаяся ниже голосовых складок до нижнего края перстневидного хряща.

65.2. T – первичная опухоль.

TX – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T0 – первичная опухоль не определяется.

Tis – преинвазивная карцинома (carcinoma in situ).

65.2.1. Надсвязочная область.

T1 – опухоль ограничена одной анатомической частью надсвязочной области, подвижность голосовых связок сохранена.

T2 – опухоль поражает слизистую оболочку нескольких анатомических частей надсвязочной области или одну часть надсвязочной области и одну или несколько частей голосовых связок (например, корня языка, валлекулы, медиальной стенки грушевидного синуса), подвижность голосовых связок сохранена.

T3 – опухоль ограничена гортанью с фиксацией голосовых связок и/или с распространением на позадиперстневидную область или преднадгортанные ткани.

T4a – опухоль распространяется на щитовидный хрящ и/или другие прилежащие к гортани ткани: трахею, щитовидную железу, пищевод, мягкие ткани шеи, включая глубокие мышцы языка (подбородочно-язычную, подъязычно-язычную, небно-язычную и шиловидно-язычную), подподъязычные мышцы.

T4b – опухоль распространяется на превертебральное пространство, медиастинальные структуры или охватывает сонную артерию.

65.2.2. Область голосовых связок.

T1 – опухоль ограничена голосовой(ыми) связкой(ами) без нарушения подвижности (могут быть вовлечены передняя или задняя комиссуры).

T1a – опухоль ограничена одной голосовой связкой.

T1b – опухоль распространяется на обе голосовые связки.

T2 – опухоль распространяется на надсвязочную и/или подсвязочную области, и/или нарушение подвижности голосовой связки, и/или распространяется за пределы голосовой щели, и/или с небольшой эрозией щитовидного хряща (например: внутренний кортикальный слой).

T3 – опухоль ограничена гортанью с фиксацией голосовой связки.

T4a – опухоль распространяется на щитовидный хрящ и/или на другие прилежащие к гортани ткани: трахею, щитовидную железу, пищевод, мягкие ткани шеи, включая глубокие мышцы языка (подбородочно-язычную, подъязычно-язычную, небно-язычную и шило-язычную), подподъязычные мышцы.

T4b – опухоль распространяется на превертебральное пространство, медиастинальные структуры или охватывает сонную артерию.

65.2.3. Подсвязочная область.

T1 – опухоль ограничена подсвязочной областью.

T2 – опухоль распространяется на одну или обе голосовые связки со свободной или ограниченной подвижностью.

T3 – опухоль ограничена гортанью с фиксацией голосовой связки.

T4a – опухоль распространяется на перстневидный или щитовидный хрящи и/или на прилежащие к гортани ткани: трахею, щитовидную железу, пищевод, мягкие ткани шеи, включая глубокие мышцы языка (подбородочно-язычную, подъязычно-язычную, небно-язычную, шиловидно-язычную), подподъязычные мышцы.

T4b – опухоль распространяется на превертебральное пространство медиастенальные структуры или охватывает сонную артерию.

65.3. 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.

Регионарными лимфатическими узлами гортани являются предгортанные, паратрахеальные и глубокие шейные лимфатические узлы, расположенные вдоль сосудисто-нервного пучка шеи.

65.4. M – отдаленные метастазы.

MX – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M0 – нет признаков отдаленных метастазов.

M1 – имеются отдаленные метастазы.

65.5. Гистопатологическая дифференцировка.

Степень злокачественности (G) карцином:

GX – степень дифференцировки не может быть установлена.

G1 – высокая степень дифференцировки.

G2 – умеренная степень дифференцировки.

G3 – низкая степень дифференцировки.

G4 – недифференцированная карцинома.

Для некоторых опухолей слюнных желез, к которым не применима вышеуказанная система грейдирования, используют самостоятельные системы определения степени злокачественности.

При патоморфологическом исследовании необходимо отмечать:

- Наличие периневральной инвазии (независимо от размера нерва)
- Наличие экстранодального распространения метастазов опухоли (распространение за пределы капсулы узла).

65.6. Резюме (таблица 17).

Таблица 17

	Надсвязочный отдел
T1	Поражен один участок, подвижность гортани нормальная
T2	Поражена слизистая более чем одной смежной части надсвязочного или голосового отдела или близлежащей области за пределами надсвязочного отдела без фиксации гортани.
T3	Фиксация складок или распространение опухоли на позадичерпаловидную область, на ткани преднадгортанникового пространства или прорастание в щитовидный хрящ.
T4a	Прорастание опухоли в щитовидный хрящ, в трахею, в мягкие ткани шеи: глубокие или наружные мышцы языка, подподъязычные мышцы, щитовидную железу, пищевод.
T4b	Прорастание опухоли в превертебральное пространство, в структуры средостения, в сонные артерии.
	Средний отдел
T1	Опухоль ограничена голосовой(ыми) складкой(ами), подвижность нормальная:
T1a	одна складка;
T1b	обе складки.

T2	Поражены части над или под голосовыми складками, нарушена подвижность голосовых складок.
T3	Фиксация голосовых складок, поражение окружающих голосовые складки, частей гортани, изъязвление щитовидного хряща.
T4a	Проращение опухоли в щитовидный хрящ, в трахею, в мягкие ткани шеи: глубокие или наружные мышцы языка, подподъязычные мышцы, щитовидную железу, пищевод.
T4b	Проращение в превертебральное пространство, структуры средостения, сонные артерии.
	Подсвязочный отдел
T1	Опухоль ограничена областью ниже голосовых складок.
T2	Опухоль распространяется на голосовую(ые) связку(и) при нормальной или ограниченной подвижности.
T3	Фиксация складок.
T4a	Проращение в щитовидный хрящ, в трахею, в мягкие ткани шеи: глубокие или наружные мышцы языка, подподъязычные мышцы, щитовидную железу, пищевод.
T4b	Проращение в превертебральное пространство, структуры средостения, сонные артерии.
	Все локализации
N1	Одиночный метастаз на стороне поражения ≤ 3 см.
N2a	одиночный метастаз на стороне поражения > 3 до 6 см
N2b	метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения < 6 см
N2c	метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны < 6 см
N3	метастазы в лимфатических узлах > 6 см

65.7. Группировка по стадиям (таблица 18).

Таблица 18

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

66. Диагностические мероприятия:

пальпация гортани лимфатических узлов подчелюстной области и шеи с двух сторон;

УЗИ шеи (при подозрении на наличие непальпируемых метастазов);

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

в случае затруднения при осмотре (отек, смещение надгортанника и др.) необходима местная анестезия;

биопсия опухоли;

тонкоигольная аспирационная биопсия увеличенных лимфатических узлов;

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

компьютерная рентгенотомография с контрастированием области первичного опухолевого очага и шеи (с толщиной срезов не более 0,8 см) или МРТ (рекомендуется);

эзофагогастро- и бронхоскопия (при наличии жалоб);

ЭКГ;

Эхо-КГ (при планировании химиотерапии).

66.1. 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.

67. Общие принципы лечения.

При опухолях среднего и надскладочного отделов гортани, соответствующих T1-2, эффективность лучевого метода и резекций гортани примерно одинакова (85-95% излеченности), но функциональные результаты у больных, получивших лучевое лечение, несравненно лучше.

В настоящее время при распространенном раке гортани T3-4 лучевая терапия в качестве самостоятельного метода радикального лечения не применяется. Как правило, лучевая терапия используется в виде послеоперационного воздействия или в рамках одновременного химиотерапевтического и лучевого лечения, которое позволяет значительно повысить излеченность больных распространенными формами рака гортани и увеличить число пациентов, которым проводится органосохраняющее лечение. Лечение каждого из трех отделов гортани имеет свою специфику. При распространенных опухолях с целью повышения эффективности их лечения возможно использование локальной СВЧ-гипертермии.

Реабилитация голосовой функции возможна у большинства больных раком гортани даже после ее удаления (обучение псевдоголосу с использованием логопедических методов или трахеопищеводное шунтирование с установкой голосовых протезов).

67.1. Лучевая терапия.

Лучевое лечение больных опухолями гортани проводится, как правило, с боковых полей, обязательно включающих всю гортань и зоны регионарного метастазирования. Размеры боковых полей определяются анатомическими размерами шеи, пределами распространенности первичной опухоли, наличием, величиной и локализацией метастазов. Границы указанных полей проходят: верхняя – по краю нижней челюсти до сосцевидного отростка, нижняя – на уровне ключицы, передняя – на 0,5 см дорсальнее передней поверхности шеи, задняя – по краю трапециевидной мышцы. В случае наличия метастазов в нижней трети шеи нижнюю границу поля необходимо опустить на 1 см ниже ключицы. Облучение осуществляется фотонным пучком на гамма-терапевтических аппаратах ^{60}Co (1,25 МВ) или на линейном ускорителе (4-8 МВ), а также электронным пучком (6-12 МэВ). Облучение проводится ежедневно с каждого поля. Разовая доза на очаг 2 Гр. У больных с опухолями голосовой складки T1 при отсутствии регионарных метастазов облучение осуществляется только на область гортани. При лечении по радикальной программе СОД составляет 70 Гр.

Ослабленным больным, в том числе с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, облучение может проводиться по расщепленному курсу с перерывом 7-10 дней для стихания лучевых реакций III-IV степени в случае их возникновения.

Наличие у больного трахеостомы не препятствует проведению лучевого лечения. При распространенных новообразованиях трахеостома включается в поле облучения. При распространении больших опухолей гортани на переднюю комиссуру, боковую стенку глотки, преднадгортанниковое пространство с целью повышения эффективности лучевого лечения допустимо использовать локальную СВЧ-гипертермию.

67.2. Лечение метастазов рака гортани в лимфатических узлах шеи.

Наличие регионарных метастазов у больных раком гортани не препятствует консервативному лечению, т.к. метастазы этой локализации (N1-2) часто хорошо поддаются лучевому и химиолучевому лечению. Поэтому лимфатические узлы шеи с обеих сторон следует включать в зону облучения гортани. При необходимости облучения лимфатических узлов нижних отделов шеи больным показано использование прямого поля с блоком. Нижний край прямого поля проходит на 1 см ниже

нижнего края ключиц. При поражении надключичных лимфатических узлов должны облучаться лимфатические узлы верхнего средостения.

При недостаточной регрессии метастазов после проводимого лечения и их резектабельности выполняется радикальная шейная лимфодиссекция.

При опухолях в пределах гортани выполняется гортанный вариант этой операции (без включения тканей подчелюстной области). При распространении рака гортани на рото- или гортаноглотку в блок удаляемых тканей включается также клетчатка подбородочной и подчелюстной области с подчелюстной слюнной железой на стороне поражения.

В случае спаянности регионарного метастаза на шее с сонными артериями необходимо дополнительное обследование (КТ шеи и ангиография), т.к. возможна расширенная шейная лимфодиссекция с резекцией пораженного сегмента артерии с одномоментной пластикой.

68. Рак среднего отдела гортани.

Большинство больных (85-95%) раком среднего отдела гортани I-II стадии могут быть излечены дистанционной лучевой терапией или частичной ларингэктомией. При распространении небольшой опухоли на переднюю комиссуру определенные преимущества имеет хирургический метод. Профилактическое облучение регионарных лимфатических узлов при T1-2 среднего отдела гортани не целесообразно.

Лечение распространенных опухолей комбинированное при этом преимущество отдается методам органосохраняющего лечения.

Рецидивы опухолей среднего отдела лечатся хирургически, лучевым методом и комбинированным (с учетом ранее применяемых методов лечения).

68.1. Лечение рака среднего отдела в зависимости от стадии заболевания.

68.1.1. I-II стадии (T1-2 N0 M0).

68.1.1.1. Дистанционная лучевая терапия на первичный опухолевый очаг в СОД 66-70 Гр (РОД 2 Гр).

68.1.1.2. Стандартная или расширенная резекция голосовой складки ± шейная лимфодиссекция. При pN+ на зоны регионарного метастазирования проводится лучевая терапия в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр).

68.1.2. III-IV стадии (T3 любая N M0) резектабельные.

68.1.2.1. 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 регионарные лимфатические узлы. При множественных или больших метастазах (N2) СОД 60-70 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.

68.1.2.2. хирургическое вмешательство на первичном опухолевом очаге + шейная лимфодиссекция ± одновременная химиотерапия и лучевая терапия или лучевая терапия:

при N0 выполняется ларингэктомия с резекцией доли щитовидной железы на стороне поражения ± одно или двусторонняя селективная шейная лимфодиссекция;

при N1 выполняется ларингэктомия с резекцией доли щитовидной железы на стороне поражения + радикальная шейная лимфодиссекция (N1) и контрлатеральная селективная шейная лимфодиссекция;

при N2-3 выполняется ларингэктомия с резекцией доли щитовидной железы на стороне поражения + одно- или двусторонняя радикальная шейная лимфодиссекция (в случае односторонних метастазов выполняется контрлатеральная селективная шейная лимфодиссекция).

Послеоперационная одновременная химиотерапия и лучевая терапия проводится при наличии опухоли в крае отсечения, экстракапсулярном распространении метастазов, множественных метастазах, периневральной/лимфатической/сосудистой инвазии:

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 70Гр (РОД 2 Гр) на область первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр). При экстракапсулярном распространении метастазов облучение в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

При отсутствии вышеуказанных факторов риска проводится послеоперационная лучевая терапия в СОД 60Гр (РОД 2 Гр) на область первичного опухолевого очага и в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

68.1.3. IV стадия (T4 любая N M0).

68.1.3.1. 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 регионарные лимфатические узлы. При множественных или больших метастазах (N2-3) СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

При неполной регрессии первичного опухолевого очага производится хирургическое удаление резидуальной опухоли (ларингэктомия) + 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.

68.1.3.2. Хирургическое вмешательство на первичном опухолевом очаге + шейная лимфодиссекция + одновременная химиотерапия и лучевая терапия:

при N0 выполняется ларингэктомия с резекцией доли щитовидной железы на стороне поражения + одно или двусторонняя селективная шейная лимфодиссекция;

при N1 выполняется ларингэктомия с резекцией доли щитовидной железы на стороне поражения + радикальная шейная лимфодиссекция (N1) и контрлатеральная селективная шейная лимфодиссекция;

при N2-3 выполняется ларингэктомия с резекцией доли щитовидной железы на стороне поражения + одно или двусторонняя радикальная шейная лимфодиссекция.

68.2. Послеоперационная 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 область первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр). При экстракапсулярном распространении метастазов (а) облучение в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

69. Рак надсвязочного отдела.

При лечении больных раком надсвязочного отдела гортани I-II стадии как правило используется лучевой или хирургический метод (частичные резекции гортани). При наличии у пациента дыхательной недостаточности

или сопутствующих заболеваний легких предпочтение всегда отдается лучевому методу.

Лечение распространенных опухолей комбинированное с использованием хирургического метода, одновременного химиотерапевтического и лучевого лечения.

Рецидивы опухолей надсвязочного отдела лечатся хирургически, лучевым методом и комбинированным (с учетом ранее применяемых методов лечения).

Учитывая то, что рак надсвязочного отдела имеет склонность к регионарному метастазированию уже в ранних стадиях проводится селективное удаление или профилактическое облучение регионарных лимфатических узлов.

69.1. Лечение рака надсвязочного отдела в зависимости от стадии заболевания.

69.1.1. I-II стадии (T1-2 N0 M0).

69.1.1.1. Дистанционная лучевая терапия на первичный опухолевый очаг в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) и на зоны регионарного метастазирования в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр).

69.1.1.2. Частичная резекция гортани ± селективная шейная лимфодиссекция.

При наличии опухоли в крае отсечения и/или множественных метастазах (выявленных при морфологическом исследовании профилактически удаленных лимфоузлов – pN+) проводится одновременная химиотерапия и лучевая терапия:

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 область первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

При одном метастазе (pN+), выявленном при морфологическом исследовании профилактически удаленных лимфоузлов, проводится послеоперационная лучевая терапия на область первичного очага поражения в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) и на зоны регионарного метастазирования в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр).

69.1.2. III-IV стадии (T3-4 N0 M0) без распространения на кожу, разрушения хряща, инвазии в корень языка.

69.1.2.1. Ларингэктомия с резекцией доли щитовидной железы на стороне поражения + одно или двусторонняя селективная шейная лимфодиссекция + лучевая терапия или одновременная химиотерапия и лучевая терапия.

Послеоперационная одновременная химиотерапия и лучевая терапия проводится при наличии опухоли в краях отсечения,

периневральной/лимфатической/сосудистой инвазии и/или наличии множественных метастазов, выявленных при морфологическом исследовании профилактически удаленных лимфоузлов (pN+):

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 область первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр).

При отсутствии вышеуказанных факторов риска проводится послеоперационная лучевая терапия в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на область первичного опухолевого очага и в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

69.1.2.2. 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 область первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр).

Хирургическое вмешательство выполняется при наличии резидуальной опухоли.

69.1.3. IV стадия (T4 N0 M0 резектабельная) с распространением на кожу, разрушением хряща, инвазии в корень языка.

Ларингэктомия с резекцией доли щитовидной железы на стороне поражения + одно или двусторонняя селективная шейная лимфодиссекция + лучевая терапия или одновременная химиотерапия и лучевая терапия.

Послеоперационная одновременная химиотерапия и лучевая терапия проводится при наличии опухоли в краях отсечения, периневральной/лимфатической/сосудистой инвазии и/или наличии множественных метастазов, выявленных при морфологическом исследовании профилактически удаленных лимфоузлов (pN+):

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 область первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

При отсутствии вышеуказанных факторов риска проводится послеоперационная лучевая терапия в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на область первичного опухолевого очага и в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

69.1.4. III-IV стадии (T1-2 N1-3 M0 резектабельная).

69.1.4.1. Дистанционная лучевая терапия на первичный опухолевый очаг в СОД 70 Гр (РОД 2 Гр) и на зоны регионарного метастазирования в СОД 60-70 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).

69.1.4.2. 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).

69.1.4.3. Частичная резекция гортани + одно или двусторонняя шейная лимфодиссекция (по показаниям) ± лучевая терапия или одновременная химиотерапия и лучевая терапия.

Послеоперационная одновременная химиотерапия и лучевая терапия проводится при наличии опухоли в краях отсечения, экстракапсулярном распространении метастаза, множественных метастазах, перинеуральной/лимфатической/сосудистой инвазии:

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 область первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

При отсутствии вышеуказанных факторов риска проводится послеоперационная лучевая терапия в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на

область первичного опухолевого очага и в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) на регионарные лимфатические узлы.

При радикально выполненной операции на первичном опухолевом очаге и регионарных лимфатических узлах с обеих сторон (одиночном метастазе без экстракапсулярного распространения, отсутствие периневральной/лимфатической/сосудистой инвазии) послеоперационное лечение не является обязательным.

69.1.5. III-IV стадии (T3-4 N1-3 M0 резектабельная) без разрушения хряща, без инвазии в корень языка.

69.1.5.1. Ларингэктомия с резекцией доли щитовидной железы на стороне поражения + одно или двусторонняя шейная лимфодиссекция (по показаниям) + лучевая терапия или одновременная химиотерапия и лучевая терапия.

Послеоперационная одновременная химиотерапия и лучевая терапия проводится при наличии опухоли в краях отсечения, экстракапсулярном распространении метастаза, множественных метастазах, периневральной/лимфатической/сосудистой инвазии:

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 область первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

При отсутствии вышеуказанных факторов риска проводится послеоперационная лучевая терапия в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр) на область первичного опухолевого очага и в СОД 50-60 Гр (РОД 2 Гр) на область регионарных лимфатических узлов.

69.1.5.2. 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 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).

69.1.6. IV стадия (T4 N1-3 M0 резектабельная) с распространением на кожу, разрушением хряща, инвазией в корень языка).

Ларингэктомия с резекцией доли щитовидной железы, корня языка на стороне поражения + одно или двусторонняя радикальная 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 область первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов в СОД 60-70 Гр (РОД 2 Гр).

70. Рак подскладочного отдела.

Рак подсвязочного отдела гортани характеризуется низкой чувствительностью к лучевому и лекарственному лечению. Поэтому при этих опухолях и, особенно их распространении на соседние анатомические части, лечение целесообразно начинать с радикального хирургического вмешательства. Удаление гортани производится с долей щитовидной железы на стороне локализации опухоли. В послеоперационном периоде проводится лучевое или одновременное химиотерапевтическое и лучевое лечение (выбор метода определяется наличием факторов риска и радикальностью хирургического вмешательства). При проведении послеоперационного лечения обязательно облучение области регионарных лимфатических узлов, включая паратрахеальные.

71. Лечение рецидива заболевания.

Лечение местных и регионарных рецидивов преимущественно хирургическое: от обычных и расширенных резекций до расширенных ларингэктомий (при необходимости с пластикой). У пациентов, которым не проводилась лучевая терапия, лечение рецидивов может быть комбинированным. При развитии регионарных метастазов выполняется радикальная шейная лимфодиссекция. При обнаружении у больного раком гортани единичных метастазов в легких и печени при излеченности первичной опухоли возможно рассмотрение вопроса об их удалении.

При нерезектабельных опухолях и отдаленных метастазах проводится паллиативное лечение по индивидуальным программам. С этой целью может использоваться монокимиотерапия и комбинированная химиотерапия.

72. Схемы химиотерапии.

72.1. 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,

интервалы между курсами 3-4 недели.

72.2. Паклитаксел 175 мг/м^2 внутривенно 3-х часовая инфузия в 1-й день с премедикацией, затем карбоплатин (расчет дозы на AUC 6) внутривенно в течение 15-30 мин в 1-й день, интервалы между курсами 4 недели.

72.3. Метотрексат 30-40 мг внутрь 1 раз в неделю.

73. Наблюдение, сроки и объем обследования.

в течение первого года после завершения лечения – ежемесячно;
в течение второго года – каждые 4 месяца; с третьего по пятый годы – один раз каждые 4-6 месяцев;
после пяти лет – один раз каждые 12 месяцев.

73.1. Методы обследования:

пальпация шеи,

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 12 мес.),

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