

Р.А. Абизов, д.м.н., професор, Н.В. Божко, к.м.н., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Рак гортані: сучасні можливості діагностики та лікування

За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, онкологічна захворюваність у світі за період 1999-2050 рр. збільшиться з 10 до 24 млн випадків, а смертність – з 6 до 16 млн на рік. Згідно з розрахунками Міжнародного агентства з дослідження раку в Європі щорічно слід очікувати 2,9 млн нових випадків захворювання на рак і 1,7 млн смертельних випадків від цієї хвороби (P. Boyle, J. Ferlay, 2005).

Актуальність проблеми

Проблема онкопатології залишається важливою й актуальною в усьому світі, не виняток і наша країна. В Україні за останні 10 років кількість пацієнтів із злоякісними захворюваннями зростає в 1,6 рази (В.І. Троян, 1999; Е.В. Лукач, 2000; Р.А. Абизов, 2004; В.І. Троян, 2005; Ф.Д. Евчев, 2007). За даними канцер-реєстру України, щороку рак виявляють приблизно в 160 тис. осіб, що становить 0,32% населення країни; умирають унаслідок злоякісного процесу близько 100 тис. хворих (0,2% населення). Для порівняння: у США з 247 млн жителів щороку злоякісні новоутворення діагностують у близько 50 тис. осіб, що становить лише 0,02% населення країни (Ф.Д. Евчев, 2007).

Приблизна питома вага злоякісних новоутворень ЛОР-органів у структурі онкопатології становить 7,5-8%. За даними іноземних авторів, рак гортані посідає перше місце серед пухлин ЛОР-органів: в Іспанії – 60,6% (M. Esteller et al., 1999); у Німеччині – 44,5% (H. Maier et al., 1990); у Росії – 40-60% (П.Г. Битюцький, Е.І. Трофимов, 1999). Рак гортані за питомою вагою посідає перше місце й серед населення Київської області та становить сьогодні 49,5-51,5% (С.С. Самойленко, Я.В. Шкоба, 2005), причому максимальна кількість випадків виникнення цього захворювання спостерігалась у 1991 р., тобто через 5 років після аварії на ЧАЕС (Р.А. Абизов і співавт., 1993).

Діагностика

Невиразність і бідність клінічної симптоматики та недостатня онкологічна настороженість як населення, так і медичних працівників призводять до того, що в нашій країні більш ніж у 60% випадків злоякісні новоутворення ЛОР-органів діагностують на пізніх (III і IV) стадіях розвитку захворювання (Е.В. Лукач, 2000; Р.А. Абизов, 2004; Ф.Д. Евчев, 2007).

В онкоотоларингологічній практиці, як і в онкології взагалі, розроблені й широко застосовуються різноманітні методи обстеження хворих з пухлинними процесами: від ендоскопії, мікроскопії, волоконної оптики до сучасних інтраскопічних методів діагностики – ультразвукового, термографічного, радіонуклідного досліджень, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії. Водночас залишаються актуальними традиційні методи обстеження: детально зібраний анамнез життя і захворювання, огляд хворого, пальпація, оцінка стану регіонарних лімфатичних вузлів.

Провідна роль у диференційній діагностиці між запальним процесом, доброякісними і злоякісними пухлинними вогнищами залишається за патогістологічним аналізом, матеріал для якого отримується шляхом звичайної або прицільної біопсії. Але, на жаль, на результат біопсії має вплив наявність перифокального запалення, яке оточує пухлинне вогнище, а також ендодітний (інфільтративний, підслизовий) ріст новоутворення.

Відомо, що за типом росту як доброякісні, так і злоякісні пухлини поділяються на три групи: екзофітні, інфільтративні (ендодітні) і змішані. Спостереження останніх років свідчать про зменшення

кількості екзофітних пухлин верхніх дихальних шляхів (15-32%) і зростання питомої ваги ендодітних і змішаних (68-85%). Чому ми вважаємо змішаний тип росту ближчим до інфільтративного й об'єднуємо їх в одну групу? Змішану (за типом росту) пухлину можна образно порівняти з айсбергом: на поверхні «океану» (слизової оболонки) піднімається «голова» утворення (10-15%), а «тіло» (85-90%) знаходиться в товщі розташованих нижче тканин (підслизово). Отже, виникають значні труднощі для диференціації процесу, не кажучи вже про визначення параметрів вогнища. У зв'язку з цим комплексні діагностичні заходи є вкрай необхідними.

Ранньою діагностикою злоякісного процесу вважається виявлення внутрішньоепітеліального раку (cancer in situ), своєчасною – виявлення новоутворення на ранніх стадіях (T₁-T₂). До несвоєчасної (пізньої) діагностики слід віднести задоволені процеси у стадіях T₃ і T₄, а також будь-якої стадії T в поєднанні з регіонарними (N₁, N₂, N₃) та віддаленими (M₁) метастазами раку.

Починаючи бесіду з хворим, вислуховуючи його скарги, збираючи анамнестичні дані, лікар-онкоотоларинголог повинен керуватися поняттям онконастороженості. Необхідно брати до уваги різноманітність клінічних проявів пухлинних процесів у ЛОР-органах, яка залежить від типу росту пухлини, її морфологічної будови, локалізації і поширеності ураження та супутніх запальних явищ.

На жаль, скарги хворих за наявності новоутворень на ранніх стадіях (ефективність лікування раку гортані в цьому періоді сягає 95-98%) не відрізняються від таких у разі хронічних запальних процесів. Стандартне ЛОР-обстеження, яке включає загальний огляд хворого, пальпацію, пряму і непряму ендоскопію, мікроскопію із застосуванням волоконної оптики, також не завжди виявляє пухлинне вогнище (особливо за інфільтративного росту), але наявність певної онкологічної настороженості фахівця дозволяє підозрювати злоякісний процес. У цьому зв'язку велике значення мають інтраскопічні (променеві) методи діагностики, які не тільки полегшують проведення прицільної біопсії, а й дають специфічну семіотику вогнищевого зображення.

Як відомо, за допомогою променевих (радіологічних) методів дослідження встановлюється до 80% дооперативних діагнозів. Поряд з ними застосовують і мікроскопічні дослідження (мікрориносинусофаринголарингоскопія), але їх діагностична ефективність за інфільтративного росту пухлини, як було сказано, дещо нижча.

Згідно з рекомендацією наукової групи ВООЗ усі методи променевої діагностики поділяються на три рівні. Принцип цього поділу такий: від простого методу до складного; від дешевшого до дорожчого; від більш доступного до менш доступного.

Заслуговує на увагу і сучасний метод точної діагностики пухлин гортані – комп'ютерна ларингостробоскопія, особливо на ранніх стадіях пухлинного процесу голосових зв'язок. Підключення до стробоскопу телевізійної камери дає змогу спостерігати за збільшеним зображенням пухлинного вогнища декількома фахівцями, а також виміряти амплітуду руху голосових зв'язок.

Остаточний висновок у диференційній діагностиці залишається за морфологічним дослідженням (гістологічним аналізом), роль якого важко переоцінити. Гістологічна характеристика пухлини необхідна не тільки для констатації злоякісного (чи доброякісного) процесу – вона визначає структуру утворення, його чутливість до променевої і хіміотерапії, впливає на планування адекватного лікування.

Для отримання якісного патогістологічного висновку необхідно правильно провести прицільну біопсію за допомогою променевих методів діагностики.

Отже, тепер в ЛОР-онкології, як і в загальній онкології, накопичено значний арсенал високоефективних методів діагностики пухлинного процесу. Наш багаторічний досвід свідчить, що застосування оптимального комплексу діагностичних досліджень із диференційованим підходом до призначення кожного методу залежно від локалізації пухлини дозволяє встановити точний і повний (диференційний і топічний) діагноз навіть на ранніх стадіях процесу в 90-100% спостережень.

Лікування

Для терапії хворих на злоякісні пухлини ЛОР-органів застосовують хірургічне, променеве, хіміотерапевтичне, симптоматичне лікування, методи імунотерапії і обов'язково психотерапію.

Поєднання двох з перерахованих видів носить назву комбінованого лікування, наприклад хіміопротенева, хірургічнопротенева. Застосування трьох і більше видів дії на пухлину є комплексним лікуванням, наприклад хірургічне втручання і хіміопротенева терапія. У разі одночасного застосування кількох консервативних видів лікування є поєднаним. Самостійними видами лікування, у разі проведення якого на певній стадії захворювання можна очікувати позитивного ефекту, є хірургічне та променеве.

Підхід до кожного онкологічного хворого має бути індивідуальним; планування лікування слід здійснювати колегіально за участю онкоотоларинголога, радіолога, хіміотерапевта з обов'язковою консультацією лікаря-інтраскопіста (рентгенодіагност), патогістолога, кардіотерапевта, анестезіолога та, якщо це необхідно, інших спеціалістів. Оцінка загального стану хворого має велике значення, оскільки пацієнти зі злоякісними пухлинами ЛОР-органів – це в основному люди віком понад 50 років зі значно зниженими компенсаторними можливостями організму. Більшість з них страждає на порушення серцево-судинної і дихальної систем на фоні пухлинної інтоксикації. Нерідко у хворих спостерігаються порушення обмінних процесів та психічного стану (тривожно-депресивний синдром). Усе це необхідно брати до уваги під час планування адекватних лікувальних заходів. Неабиякий дипломатичний хист потрібно мати ЛОР-онкологу для переконання хворого в необхідності радикального лікування (наприклад, хірургічного), а в разі категоричної відмови – уміти знайти альтернативні поєднані консервативні впливи на пухлинний процес.

Особливістю онкологічних операцій слід вважати те, що часткове або повне видалення органа далеко не завжди гарантує



Р.А. Абизов

одужання хворого, оскільки неможливо виключити поширення процесу на сусідні тканини й органи, проникнення пухлинних клітин у регіонарні лімфатичні вузли, а також у віддалені органи. Одним з основних принципів радикального хірургічного лікування хворих із злоякісними пухлинами є дотримання правил абластики з широким видаленням первинного вогнища і регіонарних метастазів. У зв'язку з цим важливо обґрунтувати показання до операції і зупинитися на тому обсязі втручання, який забезпечує впевненість у його радикальності.

Повне видалення пухлини і всіх її елементів слід відносити до радикального хірургічного лікування. Якщо пухлина поширюється на сусідні органи, їх видаляють разом з первинним вогнищем. Такі втручання мають назву розширеної радикальної операції. Прикладом радикальної операції в онкоотоларингології є ларингектомія, якщо злоякісне новоутворення не вийшло за межі органа. Прикладом розширеної радикальної операції слід вважати ларингектомію з резекцією кореня язика у разі втягнення його у пухлинний процес з фасціально-футлярним висіченням клітковини і лімфатичних вузлів ший.

Другий напрям представляють функціонально-щадні і реконструктивно-відновлювальні операції. Функціональні, або функціонально-щадні, резекції гортані та гортанної частини глотки в традиційному виконанні пропонують, головним чином, хворим із пухлинами T_{1b}, T₁, T₂. Прикладом такої органозберігаючої резекції є хордектомія, показана в разі пухлин однієї голосової складки без поширення процесу на передню комісуру і позаду – до голосового відростка без будь-якого обмеження рухомості зв'язки.

У лікувальній практиці найчастіше застосовують штучні радіоактивні ізотопи. Найпоширенішими з них є ⁶⁰Co з періодом напіврозпаду 5,3 року, який під час розпаду виділяє β-частки з енергією 0,31 MeV і γ-випромінювання з енергією 1,1 і 1,3 MeV. Крім радіоактивного кобальту, використовують ¹³⁷Cs, ¹⁹²Ir, ¹³²P, ¹⁹⁸Au, ¹³¹I, а в останнє десятиріччя – ²⁵²Cf, джерело нейтронного випромінювання. Необхідно пам'ятати, що успіх променевої терапії залежить від правильно підібраних полів опромінювання, які мають охоплювати всю зону первинного та метастатичного поширення пухлини, оскільки часткове опромінення злоякісного вогнища пришвидшує ріст неохопленої променями ділянки новоутворення і його метастазів.

Якщо променеву терапію застосовують як один із компонентів комбінованого лікування, то можливі варіанти її проведення – перед операцією і після неї. Передопераційне опромінення поліпшує прогноз хворих із поширеними формами раку. Післяопераційне опромінення має велике значення у разі нерадикальних хірургічних втручання, підозри на порушення абластики, а також за умови охоплення шляхів можливого регіонарного метастазування. Опромінювання у двох варіантах проводиться у звичайному режимі (разова

Продовження на стор. 46.

Р.А. Абизов, д.м.н., професор, Н.В. Божко, к.м.н.,
 Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Рак гортані: сучасні можливості діагностики та лікування

Продовження. Початок на стор. 45.

доза 1,5-2 Гр, сумарна вогнищева доза – 30-40 Гр). У разі призначення променевої терапії водночас із зазначеними чинниками слід брати до уваги також індивідуальну чутливість організму.

Третій напрям, що найповніше висвітлює усі аспекти терапевтичної дії на злоякісні новоутворення й охоплює речовини синтетичного і природного походження (антибіотики, гормони, інші протипухлинні засоби), – це медикаментозне лікування. Хіміотерапія злоякісних процесів – це застосування лікарських засобів синтетичного або природного походження, що зумовлюють гальмування проліферації або незворотно пошкоджують новоутворені клітини. За антимітотичну дію ці протипухлинні препарати отримали назву цитостатиків.

Залежно від шляхів введення протипухлинних препаратів розрізняють системну, регіонарну і локальну хіміотерапію. До системної належить введення препаратів через рот, внутрішньом'язово, внутрішньовенно, рідше – підшкірно або ректально. Системна хіміотерапія розрахована на загальний, тобто резорбтивний, протипухлинний ефект, але за такого методу рідко вдається уникнути побічної дії ліків на здорові тканини організму. Регіонарна хіміотерапія здійснюється шляхом підведення підвищеної концентрації цитостатика до пухлинного вогнища через артеріальні та лімфатичні судини, що безпосередньо постачають орган, у якому розташоване новоутворення. Локальна хіміотерапія передбачає нанесення

ліків у вигляді мазі чи розчину безпосередньо на поверхню пухлини або введення їх у порожнину злоякісного вогнища.

Сьогодні хіміотерапія широко застосовується в лікуванні онкоотоларингологічних хворих як компонент комплексного лікування неоперабельних пацієнтів, які не підлягають променевої терапії, щоб досягти зменшення або регресії первинної пухлини і метастазів, а також зменшити страждання хворих.

З численної групи протипухлинних препаратів найбільш активними цитостатиками для лікування раку голови та ший, у тому числі і ЛОР-органів, слід вважати «чудову сімку»: блеоміцин, цисплатин, метотрексат, доксорубіцин, вінбластин, циклофосфамід, фторурацил, а також давно відомий в онкоотоларингологічній практиці проспідію хлорид (Е.С. Огольцова, 1984; З.П. Буліна, 1991; Н.І. Переводчикова, 1993).

В останні роки в онкологічній та онкоотоларингологічній практиці (в основному за кордоном) застосовують цитостатики рослинного походження із тихоокеанського та європейського тиса (*Taxus brevifolia* і *Taxus baccata*) – паклітаксел, доцетаксел, токсичність яких значно нижча, ніж традиційних хіміопрепаратів. Ці препарати незворотно блокують активність ядерного ферменту топоізомерази, припиняючи таким чином життєво важливі для пухлинної клітини процеси копіювання і реалізації генетичної інформації.

У нашій клініці розробляється нова ошадлива методика хірургічного лікування хворих на рак гортані з використанням

електрозварювання. Сутність способу зварювання тканин нагадує біполярну коагуляцію, але з деякими відмінностями. Між двома електродами подаються сигнали струмів з різними хвильовими характеристиками в певній модуляції, у результаті чого тканини «зварюються», але залишаються практично живими, без утворення коагуляційного струпа. В основі роботи зварювального апарату лежить механізм протеїнасоційованої електротермічної адгезії тканин. За температури 40-55°C білки тканин – глобуліни – втрачають свою глобулярну структуру, ніби «розмотуються» і, як наслідок, склеюються. У результаті дії високої температури відбувається випаровування позаклітинної та внутрішньоклітинної рідини, розрив клітинних мембран і утворення гомогенного субстрату, який складається з денатурованих білкових молекул еластину і колагену. Під час застигання вони утворюють білкові мостики, що утримують з'єднані поверхні тканин. Це є профілактикою виникнення кровотечі у разі розсічення тканин і завдяки абсолютній біологічній інертності повністю задовольняє принципи сучасної оперативної техніки. Така методика дозволяє точно контролювати температуру в зоні роботи за допомогою зміни параметрів електричного струму.

В усіх спостереженнях застосування електрозварювання на відміну від традиційної техніки виконання ларингектомії дозволило швидко та безкровно здійснити розділення тканин, що зменшує тривалість виконання операції (в 1,5-2 рази) за рахунок часу, потрібного для проведення гемостазу, і, як наслідок, зменшити період перебування хворого під дією засобів для наркозу. Зменшилася втрата крові під час операції (до 100-150 мл), кукуси судин ший надійно герметизовані. За допомогою електрозварювального апарату для коагуляції судин у режимі зварювання в усіх спостереженнях під час виконання операції вдалося

досягти повного гемостазу. Під час виконання розрізу м'які тканини ший по лінії розділення були життєздатними.

У разі формування глотково-стравохідного співюстя метод застосування термоелектроадгезії має певні переваги перед лігатурним, оскільки на противагу останньому не викликає інфікування, мікроабсцедування та відторгнення чужорідного матеріалу, а також забезпечує повну герметичність. Тому ми вважаємо за доцільне подальше застосування, розробку та вдосконалення безшовного електроадгезивного закриття глотково-стравохідного співюстя.

Застосування електрозварювального апарату забезпечує явні економічні переваги: майже не використовується шовний матеріал, зменшуються тривалість операції та час відновлювального періоду, перебування хворого в стаціонарі.

Перспективною, на наш погляд, є розробка такої делікатної технології, як створення голосової складки (за I-II стадій злоякісного процесу). Застосування електрозварювання за наявності часткових функційних резекцій гортані типу хордектомії завдяки створенню нової голосової складки дозволяє на високому рівні провести реабілітацію і соціальну адаптацію хворих.

Використання електрозварювального апарату потребує звичайних загальнохірургічних навичок оперування, пришвидшує та спрощує роз'єднання і з'єднання тканин. Застосування електрозварювання в ларингохірургії відкриває далі перспективи з удосконалення та підвищення якості оперативних втручань.

Завдяки великому арсеналу діагностичних засобів на сучасному етапі розвитку науки ми маємо змогу своєчасно діагностувати наявність онкопроцесу в організмі людини та обрати найоптимальніший метод лікування.

ПЕРЕДПЛАТА НА 2011 РІК!

Шановні читачі!

Передплатити наше видання ви можете у будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за каталогом видань України 2011 р. у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 391-54-76

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія»
 Актуальні питання пульмонології, алергології та риноларингології

Передплатний індекс – 37631

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати – 200,00 грн

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- ♦ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку
- Наші реквізити:
 р/р 26009067020101 Київська філія АБ «Київська Русь», МФО 300108, код ЄДРПОУ 25276619
- ♦ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників
- ♦ вказати адресу доставки примірників

Наша адреса: «Медична газета «Здоров'я України», 03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 1

Телефон відділу передплати (044) 391-54-76

e-mail: podpiska@health-ua.com

Здоров'я України

Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Одержувач:		Код ЄДРПОУ:		Призначення та період платежу:		Платник:	
								ТОВ «Здоров'я України» Київська філія АБ «Київська Русь»		МФО банку:					
								Розрахунковий рахунок:		2 6 0 0 9 0 6 7 0 2 0 1 0 1 3 0 0 1 0 8					
								Контролер:		Бухгалтер:		Касир:			
Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Одержувач:		Код ЄДРПОУ:		Призначення та період платежу:		Платник:	
								ТОВ «Здоров'я України» Київська філія АБ «Київська Русь»		МФО банку:					
								Розрахунковий рахунок:		2 6 0 0 9 0 6 7 0 2 0 1 0 1 3 0 0 1 0 8					
								Контролер:		Бухгалтер:		Касир:			