

Ситуация

Пациентка 55 лет обратилась к онкологу по направлению участкового врача по результатам обследования

Жалобы

на умеренно болезненное при пальпации образование в правой половине живота

Анамнез заболевания

Самостоятельно обнаружила образование в правой половине живота около 1 месяца назад. Отмечает умеренную болезненность при пальпации образования, преимущественно нижнего его полюса. Изменения в общем состоянии, слабости, утомляемости, потери веса, изменения характера и периодичности стула отрицает. Эпизодов острых болей в животе с повышением температуры тела и изменением окраски кожи в области образования в анамнезе больная не отмечает.

Анамнез жизни

- Онкологических заболеваний у прямых родственников нет;
- хронических заболеваний нет;
- не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- профессиональных вредностей не имеет;
- перенесенные операции: аппендэктомия в возрасте 5-ти лет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, положение активное. Вес 65 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6°C. Конституция - нормостеническая. Кожные покровы обычной влажности, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена преимущественно в области бедер и живота. Периферических отеков нет. Видимые слизистые бледно-розовые. Щитовидная железа не увеличена. Костно-суставной аппарат без видимых изменений.

Дыхание через нос свободное, не затруднено. Частота дыханий 18 в минуту, форма грудной клетки коническая, перкуторно определяется притупление перкуторного звука, аускультативно дыхание ослаблено, везикулярное, хрипы не выслушиваются. Подвижность нижнего легочного края +/-1 см с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, пульс 70 ударов в мин., ритм правильный, АД 120/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости не расширены. Пульсация периферических артерий не ослаблена. Периферические вены без видимых изменений. При осмотре ног: отекаемости, пастозности не определяется.

Данные клинико-инструментальных методов исследования
Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты 10^9 кл/л	7,9	3,6 - 10
-нейтрофилы, %	70,1	35 - 76
-лимфоциты %	20,1	20 - 51
-моноциты %	8,1	1,7 - 11
-эозинофилы %	1,5	1 - 5
-базофилы %	0,3	0 - 1
Эритроциты (RBC) 10^{12} кл/л	4,9	4,1 - 5,3
Гемоглобин (HGB) г/л	122	120 - 140
Гематокрит (HCT) %	38,8	36 - 42
Средний объем эритроцита (MCV), фл	79	75 - 95
Среднее содержание HGB в 1 эритроците (MCH), пг	30	27 - 34
Средняя концентрация HGB в 1 эритроците (MCHC) г/л	350	300 - 380
Тромбоциты (PLT) 10^9 кл/л	345	180 - 320
СОЭ мм/ч	48	2 - 30

Биохимический анализ крови: без отклонений от нормы

Коагулограмма в пределах нормы.

Группа крови A(II), Rh положительный. RW, Hbs-Ag, HIV-Ab – отр.

Общий анализ мочи: без отклонений от нормы.

Основным (наиболее информативным) методом для постановки диагноза в данном клиническом случае является

рентгенологическое исследование толстой кишки

ультразвуковое исследование органов брюшной полости

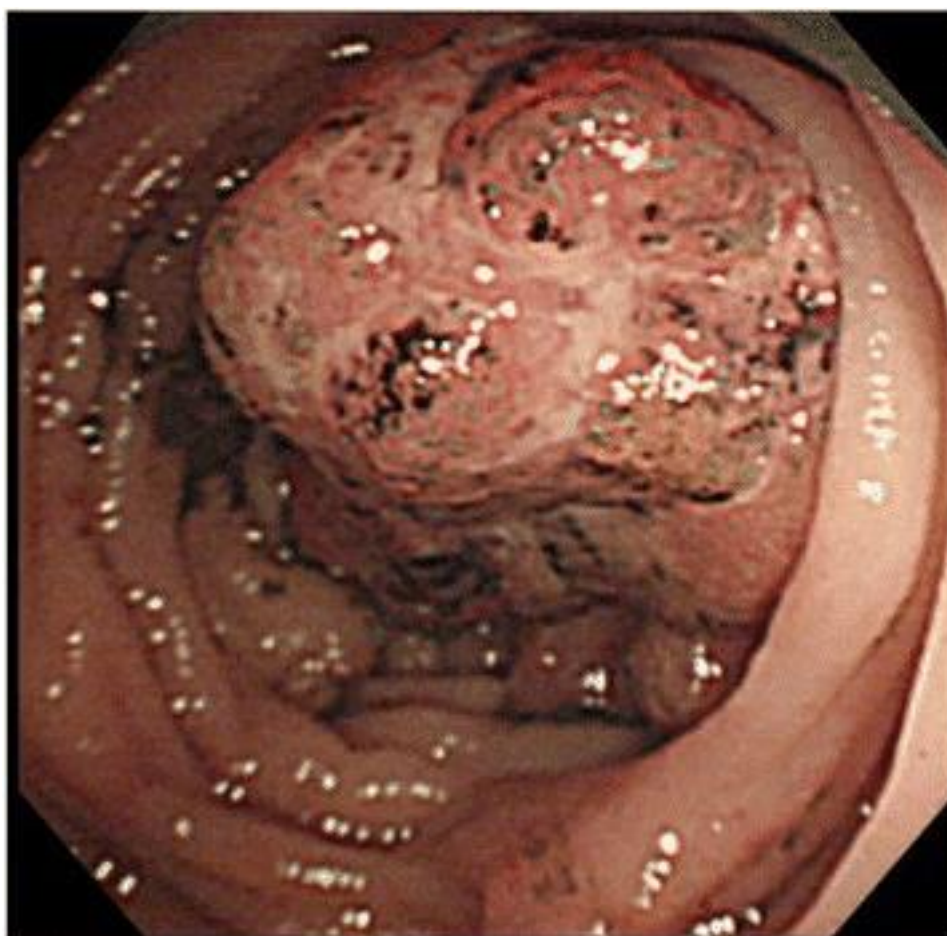
колоноскопия с биопсией

Обоснование

компьютерная томография органов брюшной полости

Результаты обследования

Колоноскопия с биопсией



Видеоколоноскопия с биопсией: В слепой и части восходящей кишки экзофитная мягкая кровоточащая опухоль. Взята биопсия. За опухоль инструмент провести не удастся, терминальный отдел

ободочной кишки заполнен содержимым. В остальных отделах без особенностей.

Гистологическое заключение биоптата слизистой: низкодифференцированная аденокарцинома тубулярного строения

Необходимыми дополнительными инструментальными методами обследования для постановки полного диагноза являются (выберите 2)

MPT головного мозга

комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов

Обоснование

MPT печени и желчевыводящих путей

цифровая рентгенография легких

Обоснование

ФЭГДС

Результаты инструментальных методов обследования

Цифровая рентгенография легких

При цифровой R-графии грудной клетки – очаговых, вторичных изменений в легких и средостении не выявлено.

Комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов

УЗИ органов брюшной полости и малого таза— очаговых патологических изменений в паренхиматозных органах (в частности печени), органах малого таза не выявлено.

Факторами, которые необходимо обязательно уточнить при сборе анамнеза для выявления наследственных синдромов являются наличие или отсутствие

онкологического заболевания толстой кишки у прямых родственников и возраст, в котором это заболевание диагностировано

Обоснование

пищевых аллергий у прямых родственников и возраст, в котором эти состояния диагностированы

непереносимости лактозы либо энтеропатия у прямых родственников

дивертикулеза ободочной кишки в анамнезе у пациента или его прямых родственников

Наиболее целесообразный план лечения больной заключается в

хирургическом лечении, затем адъювантной химиотерапии, затем диспансерном наблюдении

Обоснование

хирургическом лечении, затем лучевой терапии с диспансерным наблюдением

неoadъювантной химиотерапии, затем хирургическом лечении, потом лучевой терапии

лучевой терапии, затем неoadъювантной химиотерапии и лишь потом хирургическом лечении

Предпочтительным объемом операции при таком объеме поражения является

удаление восходящей и поперечной ободочных кишок с лимфаденэктомией

резекция восходящей ободочной кишки с лимфаденэктомией

удаление 20 см подвздошной, слепой, восходящей ободочных кишок с сохранением печеночного изгиба

правосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией

Пациентке выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с лимфаденэктомией. Применение лапароскопического доступа позволит снизить сроки госпитализации

за счет ранней реабилитации

Обоснование

благодаря меньшему объему удаляемых тканей

за счет меньшей длительности операции

благодаря быстрому заживлению межкишечного анастомоза

Пациентке выполнена операция с последующим гистологическим исследованием удаленных тканей. Выявлено прорастание всех слоев стенки кишки с поражением одного параколического лимфатического узла. Гистологический тип опухоли, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома. Полный основной диагноз в данной ситуации Рак восходящей ободочной кишки

TxNxM0, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома, 1 стадия

рT3N1M0, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома, 3б стадия

Обоснование

T3N0M0, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома, 2 стадия

T2N2M0, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома, 2 стадия

Диагноз

Рак восходящей ободочной кишки рT3N1M0, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома, 3б стадия

Показанием к проведению адъювантной химиотерапии в данном клиническом случае является

поражение регионарных лимфоузлов

Обоснование

местная распространенность опухоли (Т3)

прежде выполненная лапароскопическая
гемиколэктомия

сам факт наличия злокачественного поражения
ободочной кишки

Оптимальной схемой адъювантной химиотерапии
в данном клиническом случае является

схема XELOX 3 месяца

Обоснование

гемцитабин 1 г/м² в течение 30 мин 1 раз в неделю 7
недель

винкристин 1,4 г/м² в течение 1 мин 1 раз в неделю 7
недель

схема ТАС 6 месяцев

Начать адъювантную химиотерапию в данном
клиническом случае оптимально

в течение 28 дней с момента операции

Обоснование

не ранее 40 дней с момента операции

в течение 60 дней с момента операции

в первые сутки после операции

После завершения лечения по поводу рака толстой кишки физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить

в первые 1-2 года - 1 раз в 9-12 месяцев, на сроке 3-5 лет - не чаще 1 раза в год

каждые 6-12 месяцев на протяжении 5-ти лет

впервые 1-2 года - каждые 3-6 месяцев, на сроке 3-5 лет – 1 раз в 6-12 месяцев

Обоснование

в первые 1-2 года - ежемесячно, на сроке 3-5 лет - 1 раз в 3-6 месяцев

Объем обследования после завершения лечения включает: анамнез и физикальное обследование, онкомаркеры РЭА, СА 19.9 каждые 3 месяца первые 2 года и далее каждые 6 мес. в последующие 3 года; УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3-6 мес в зависимости от риска прогрессирования; рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес; компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости с в/в

контрастированием однократно через 12-18 месяцев и колоноскопию

через 1 и 3 года после резекции первичной опухоли, далее каждые 5 лет для выявления метакронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки

Обоснование

ежегодно после резекции первичной опухоли в течение 3 лет для выявления метакронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки

через 1 год после резекции первичной опухоли, далее каждые 10 лет для выявления метакронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки

через 3 года после резекции первичной опухоли, далее каждые 10 лет для выявления метакронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки

#7 рак простаты

Ситуация

Мужчина 66 лет обратился к районному урологу

Жалобы

На учащение мочеиспускания

Анамнез заболевания

Длительное время наблюдается по поводу хронического простатита. Неоднократные курсы консервативной лекарственной терапии. В течение последнего месяца беспокоят вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни

- Хроническая сердечная недостаточность;

- Курит, алкоголь в умеренном количестве;
- Профессиональных вредностей не имеет, работа в офисе;
- Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное

ECOG 0; по Карновскому 100

Телосложение нормостеническое. Рост 170 см. Вес 80 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, умеренно-влажные.

Ногти, волосы не изменены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16/мин. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 84 уд/мин. Периферических отеков нет. St.localis: Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Периферические л/у не увеличены.

Per rectum: простата незначительно увеличена, безболезненна, плотноэластической консистенции, в периферической зоне левой доли пальпируется плотный узел размером до 1 см.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение онкомаркера крови

ПСА

Обоснование

CA15-3

SCC

CA19-9

Результаты определения онкомаркера крови

ПСА

ПСА общ - 8,7 нг/мл (норма до 4,5 нг/мл)

Необходимым для постановки диагноза скрининговым инструментальным методом исследования является

колоноскопию

УЗИ органов брюшной полости, малого таза (ТРУЗИ),
забрюшинного пространства

Обоснование

сцинтиграфию предстательной железы

чрезбрюшинное ультразвуковое исследование органов
малого таза

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ органов брюшной полости, малого таза
(ТРУЗИ), забрюшинного пространства.

Печень не увеличена. КВР правой доли 14,0 см; обычной структуры, очагов нет. Печеночные вены, портальная вена, селезеночная вена без особенностей. Желчный пузырь: не увеличен, объемом 20 мл, толщина стенки 0,2 см, желчный пузырь без патологии. Желчные протоки не дилатированы. Поджелудочная железа: не увеличена, головка 2,0 см, тело 1,5 см, хвост 1,5 см, с четкими ровными контурами, обычной структуры. Общий панкреатический проток не дилатирован. Селезенка: не увеличена, размером 4,0х9,0 см, площадь 35 см², с четкими ровными контурами, обычной структуры. В брюшной полости: узловых образований и выпота нет. Большой сальник не визуализируется. Почки: Правая почка расположена типично, обычных размеров (почка размерами 5.0х10.0 см, толщина почечной паренхимы 1,6 см), почечная паренхима и синус без патологических изменений. Левая почка расположена типично, обычных размеров (почка размерами 5.0х10.0 см, толщина почечной

паренхимы 1,6 см), почечная паренхима и синус без патологических изменений. В нижней трети левой почки киста 3.0 см. Чашечно-лоханочная система. Дилатации ЧЛС нет. Надпочечники не увеличены. В проекции надпочечников узлов нет. НПВ и почечные вены без патологии. Брюшная аорта без патологии. Забрюшинные лимфоузлы: парааортальные и подвздошные не определяются, не увеличены. Мочевой пузырь: объём 100 мл, толщина стенки 0,3 см, без патологических изменений. Простата (ТРУЗИ) размерами 4,0х2,9х3,6 см, объемом 22,0 см³. Контур железы ровный, собственная капсула прослеживается фрагментарно. Структура железы неоднородная, с признаками гиперплазии. Средняя доля не выражена. В периферической зоне слева гипоехогенный узел размером 1,1х1,5 см, с интенсивным кровотоком при ЦДК. Капсула в этой зоне инфильтрирована. Нельзя исключить распространение инфильтрата на сосудисто-нервный пучок. В периферической зоне справа гипоехогенный участок 0,6х0,3 см - опухолевый узел. Семенные пузырьки симметричны.

Дополнительными специальными методами исследования для постановки диагноза и оценки распространенности опухолевого процесса является (выберите 4)

рентгенография органов грудной клетки

Обоснование

КТ малого таза

сцинтиграфия костей скелета

Обоснование

трансректальная мультифокальная биопсия
предстательной железы.

Обоснование

МРТ малого таза с контрастным усилением

Обоснование

Результаты дополнительных методов обследования

Трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы.

В 9 из 12 кусочках ткани предстательной железы разрастания мелкоацинарной аденокарциномы. Градация по Глиссону 3+3=6. Опухоль занимает от 30 до 90% площади срезов

МРТ малого таза с контрастным усилением

На серии МРТ органов большого и малого таза в трех проекциях, выполненной при среднем наполнении мочевого пузыря предстательная железа в объеме не увеличена - размеры предстательной железы: 3.5x2.9x4.0 см (объем железы 21 см³). Структура железы неоднородна. Зональная дифференцировка нарушена. В периферической зоне предстательной железы слева, на уровне средней трети (на 5 часах условного циферблата в аксиальной проекции) определяется узловое образование, с нечеткими, неровными контурами, неоднородной структуры, размерами до 0.7x0.5 см. В переходной зоне предстательной железы с обеих сторон определяются множественные узлы железисто-стромальной гиперплазии, с максимальными размерами узла до 1.0x0.7 см. Семенные пузырьки с признаками склеротических изменений. Капсула предстательной железы прослеживается. Уретра незначительно смещена, умеренно компримирована. Стенки мочевого пузыря неравномерны до 0.4 см, имеют складчатый контур. Прямая кишка без особенностей. В полости таза увеличенных лимфатических узлов не определяется. В обеих паховых областях визуализируются лимфатические узлы, размерами справа до 1.4x0.9 см, слева до 1.6x1.1 см. Заключение: Выявленное узловое образование в периферической зоне предстательной железы слева может соответствовать специфическому неопластическому процессу, без достоверных признаков инвазии капсулы и экстрапростатического распространения. МР признаки ДГПЖ на фоне последствий хронического простатита.

Рентгенография органов грудной клетки

Корни и средостение не расширены. В легких без видимых метастатических изменений. Сердце не увеличено. Синусы свободны.

Сцинтиграфия костей скелета

Очагов повышенного накопления радиофармпрепарата (РФП) не выявлено. Определяется диффузно-повышенное распределение РФП в позвоночнике и крупных суставах.

Предварительным клиническим диагнозом является рак предстательной железы

T2-3N0M0

Обоснование

Предполагаемый диагноз установлен на основании данных уровня ПСА, данных УЗИ органов брюшной полости, малого таза (ТРУЗИ), МРТ малого таза, Rg ОГК, результатов биопсии предстательной железы.

Согласно классификации по системе TNM (7 издание, 2010)

T1 — клинически неопределяемая опухоль (опухоль случайно выявлена при операции или при игольчатой биопсии)

T2 — опухоль локализуется в предстательной железе

T3 — опухоль выходит за пределы капсулы предстательной железы

T3a — опухоль прорастает в парапростатическую клетчатку (с одной или с обеих сторон);

T3b — опухоль прорастает в семенные пузырьки.

T4 — опухоль прорастает в окружающие органы и ткани, кроме семенных пузырьков

У данного пациента по данным УЗИ нельзя исключить распространение инфильтрата на сосудисто-нервный пучок, хотя данные МРТ этого не подтверждают. Учитывая полученные данные предварительно выставляется

T2-3

Клинические рекомендации по диагностике и лечению рака предстательной железы АОР 2018 Раздел «классификация TNM»

T4N0M0

T2N1M0

T1N0M0

Предварительный диагноз

Рак предстательной железы T2-3N0M0

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

амбулаторных (на дому)

стационара одного дня

специализированного стационара

Обоснование

общехирургического стационара

На 1-м этапе лечения пациенту предпочтительнее выполнить

химиотерапию

иммунотерапию

хирургическое вмешательство

Обоснование

гормонотерапию

Оптимальный объем операции у данного пациента предполагает

простатэктомия

орхэктомия

трансуретральную резекцию предстательной железы

радикальную простатэктомию

Оперативное вмешательство

Пациенту выполнена радикальная простатэктомия.

По результатам гистологического заключения: во всех сегментах предстательной железы определяются разрастания мелкоацинарной аденокарциномы и криброзных структур (3+4=7 по Глиссону), с инвазией в капсулу железы, но без признаков экстракапсулярного распространения. С узлом железисто-стромальной и базальноклеточной гиперплазии на остальном протяжении ткани, с отсутствием элементов опухоли в краях резекции и в 12 лимфоузлах.

Оптимальный объем лимфодиссекции у данного пациента предполагает удаление _____ лимфоузлов

тазовых и паховых

тазовых, парааортальных и паховых

паховых

тазовых

На основании патологоанатомического заключения выставлен диагноз: Рак предстательной железы _____, _____ стадия

pT 3a N 0 M 0, III

pT 1c N 0 M 0, I

pT 2a N 0 M 0, IIA

pT2c N 0 M 0, IIB

Окончательный диагноз

Рак предстательной железы pT2c N 0 M 0, IIB стадия

С учетом полученных данных пациенту показано

проведение гормонотерапии

проведение адъювантной лучевой терапии

динамическое наблюдение

Обоснование

проведение адъювантной химиотерапии

Наиболее часто встречающимся осложнением после радикальной простатэктомии является

полное недержание мочи

массивное лимфоцеле

травма прямой кишки

стрессовое недержание мочи

В первый год после операции по поводу рака предстательной железы, определение уровня ПСА должно проводится

каждые 3 месяца

Обоснование

3 раза в год

каждый месяц

каждые 6 месяцев

#8 рак гортаноглотки

Ситуация

Больной П. 48 лет на осмотре у врача-онколога

Жалобы

На першение, боли при глотании с иррадиацией в левое ухо, ощущение инородного тела в горле, поперхивание пищей, ощущение перекачивания слюны через валик, задержка пищи, осиплость голоса

Анамнез заболевания

История настоящего заболевания: считает себя больным с марта 2017 года, когда появилась вышеуказанные жалобы: охриплость, впоследствии осиплость стала стойкой по этому поводу обратилась за мед. помощью в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен к онкологу При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы на шее слева. Произведена фиброларингоскопия: в области левой черпало-надгортанной складки имеется бугристая инфильтративная опухоль с изъязвлением, при инструментальной пальпации кровоточит, левый грушевидный синус не раскрывается, при фонации ограничение подвижности левой половины гортани

Анамнез жизни

- хронических заболеваний нет

- курит, алкоголь употребляет
- профессиональных вредностей не имеет
- пищевой и лекарственный аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 185 см.

Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальных окраски и влажности. Пульс симметричный, 70 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен.

АД=120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Физиологические отправления в норме.

Status localis: Остов гортани не изменен, симптом крепитации слабо положительный. На шее справа в верхней 1/3 имеется увеличенный л/у до 2,0 см плотный ограничено смещаемый, умеренно-болезненный – при пальпации; при обратной ларингоскопии имеется опухоль левой черпало-надгортанной складки с распространением на грушевидный синус, левый грушевидный синус не раскрывается, при фонации ограничение подвижности левой половины гортани.

К основным инструментальным методам диагностики относятся (выберите 2)

томограмма шеи

сцинтиграфия костей скелета

КТ/МРТ шеи с контрастированием

Обоснование

Рекомендуется выполнить КТ костей лицевого скелета и шеи с внутривенным контрастированием в случае подозрения распространения опухоли на нижнюю/верхнюю челюсти, основание черепа.

Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018

[Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018](#)

(1)

фибрoларингоскопия

Обоснование

Всем пациентам с раком гортани и гортаноглотки рекомендуется проведение фиброскопического эндоскопического исследования верхних дыхательных и пищеварительных путей с взятием биопсии и мазков отпечатков с поверхности эрозий, изъязвлений, пунктатов уплотнений без признаков изъязвлений.

Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018

[Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018](#)

[\(1\)](#)

КТ органов грудной полости

При условии верифицированного плоскоклеточного рака гортаноглотки, опухоль более 4 см в наибольшем измерении или с фиксацией половины гортани соответствует символу

T4d

T4a

T2

T3

Обоснование

TNM Клиническая классификация T3 Опухоль более 4см в наибольшем измерении или с фиксацией половины гортани

Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018

[Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018](#)

[\(1\)](#)

Тактика лечения рака гортаноглотки при T1, N + T2–3, любой N включает

индукционную химиотерапию или ларингофарингэктомию с лимфодиссекцией на шее, в том числе VI уровня, или конкурентное химиолучевое лечение с включением цисплатина СВЧ

Обоснование

Тактика лечения рака гортаноглотки направлена не только на излечение больного, но и восстановление глотательной, голосовой, дыхательной и защитной функций органа и зависит от локализации поражения гортаноглотки, распространенности опухолевого процесса, чувствительности опухоли к лучевому или медикаментозному лечению.

Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018

[Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018](#)

[\(1\)](#)

операцию «спасение»

лучевую терапию или хирургическую резекцию (эндофарингеальная резекция или частичная ларингофарингэктомия) ± операцию на шее и конкурентную химиолучевую терапию

индукционную полихимиотерапию с последующим решением вопроса о хирургическом лечении

Тактика лечения рака гортаноглотки при T4a, любой N включает рекомендованный объем операции, индукционную химиотерапию и

лучевую терапию с паллиативной целью

РЧА – радиочастотную абляцию опухоли в области первичного очага

полихимиотерапия с паллиативной целью

конкурентную химиолучевая терапия

Обоснование

Тактика лечения рака гортаноглотки направлена не только на излечение больного, но и восстановление глотательной, голосовой, дыхательной и защитной функций органа и зависит от локализации поражения гортаноглотки, распространенности опухолевого процесса, чувствительности опухоли к лучевому или медикаментозному лечению

Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018

[Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018](#)

(1)

Выполнение органо-сохранной операции - (частичная ларингофарингэктомия) ± операция на шее возможно при размере распространенности опухоли, соответствующей символу

T1–2, N0

Обоснование

T3N0M0

T1N1M0

T2N1M0

В послеоперационном периоде показана лучевая терапия в режиме

альтернирующей лучевой терапии: 6 фракций в неделю в режиме ускоренного фракционирования (66–74 Гр на первичный очаг, 44–64 Гр – на зоны субклинического метастазирования)

сопутствующего ускоренного гиперфракционирования: 72 Гр в течение 6 нед (1,8 Гр/фракция, большое поле; дополнительная доза – 1,5 Гр в качестве второй фракции в день в течение последних 12 дней лечения)

гиперфракционирования: 81,6 Гр в течение 7 нед (1,2 Гр 2 раза в день).

конвекционального фракционирования: 66–74 Гр (2 Гр за фракцию)

Обоснование

Послеоперационная ЛТ: Интервал между оперативным вмешательством и сроком начала послеоперационной ЛТ не должен превышать 6 недель.

Высокий риск – наличие неблагоприятных морфологических признаков – 60-66 Гр (2 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течение 6-6,5 недель. Низкий или средний риск клинически не измененные л/у от 44-50 Гр (2,0 Гр/фракция) до 54-63 Гр (1,6-1,8 Гр/фракция).

Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018

[Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018](#)

(1)

Лучевая терапия в режиме конвекционального фракционирования: 66–74 Гр (2 Гр за фракцию) на опухоль складочного отдела гортани и зоны регионарного метастазирования в дозе 66-70 Гр (2 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течении 6-7 недель показана при размере опухоли, которая соответствует стадии

T1N0M0

Обоснование

T2N0M0

T1N1M0

T3N0M0

Послеоперационная лучевая терапия показана при стадиях первичной опухоли

pT2N1M0

pT3N0M0

pT3–4 и N2–3

Обоснование

pT2N0M0

Послеоперационная химиолучевая терапия показана при

включении в план лечения индукционной ПХТ

размере опухоли, соответствующей pT3N0M0 с операцией на первом этапе

ранее выполненной органосохраняющей операции - резекции гортани

наличии прорастания опухоли капсулы лимфоузла и/или при положительных краях резекции

Обоснование

Послеоперационная ХЛТ Показана при наличии прорастания опухоли капсулы ЛУ и/или при положительных краях. Рекомендуется одновременная моно-ХТ цисплатином в дозе 100 мг/м² каждые 3 нед. Рассматривается при других неблагоприятных факторах (стадии первичной опухоли pT3–4 и N2–3, периневральная инвазия, эмболы в лимфатических сосудах).

Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018

[Клинические рекомендации МЗ РФ "Рак гортаноглотки", Год утверждения: 2018](#)

(1)

Проведение индукционной химиотерапии при раке гортаноглотки T3N0M0, III ст. проводится с включением в схему

индукционной полихимиотерапии: Доцетаксел** 75мг/м² 1-й день + цисплатин** 75мг/м² 1-й день + 5-ФУ 1000мг/м²/сут 1-4 дни, всего 2-3 курса ХТ с интервалом 3 недели.

Обоснование

карбоплатина** 1,5-2,0 AUC за неделю до начала ЛТ

цетуксимаба** 400мг/м² за неделю до начала ЛТ
предпочтительно еженедельное и 250 мг/м²
еженедельно во время проведения ЛТ

химиотерапия с включением цисплатина** 100мг/м² 1-й, 22-й, 43-й дни

После окончания лечения проводить
обследования по стандарту необходимо

1 раз в год - каждый год

каждые 6 месяцев первые 10 лет

спустя 9 месяцев после окончания лечения

1-й год – каждые 1–3 месяца

Обоснование