

**Д. І. Заболотний, Е. В. Лукач, Ю. О. Сержко, Є. І. Клочков, В. Я. Діхтярук,
В. В. Стрежак, Є. М. Цимбалюк, Н. В. Гринь**

*Державна установа “Інститут отоларингології ім. професора О. С. Коломійченка
НАМН України”, 03057 Київ*

ХІМІОПРОМЕНЕВЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ІІІ-ІV СТАДІЇ

Наведено дані обстеження 163 хворих на рак верхніх дихальних шляхів, які отримували хіміопроменеву терапію у відділі онкопатології ЛОР-органів Інституту отоларингології ім. професора О. С. Коломійченка НАМН України у 2007-2012 рр. В першій групі (98 хворих) проводилась неoad’ювантна хіміотерапія з телегамматерапією, у другій групі (65 хворих) — поєднана хіміотерапія з телегамматерапією. Об’єктивна відповідь пухлини у першій групі становила 91 %, у другій групі — 90 %. Повний регрес пухлини після лікування у першій групі був 43 %, у другій — 42 %. Виникнення рецидивів пухлини було однаковим в обох групах. Якість життя хворих після лікування та трирічна виживаність були істотно вищими у другій групі. Отже, неoad’ювантна та поєднана хіміотерапія є однаково ефективними. Проте поєднана хіміотерапія має деякі переваги перед неoad’ювантною хіміотерапією при лікуванні хворих на рак верхніх дихальних шляхів ІІІ-ІV стадії.

Ключові слова: рак, верхні дихальні шляхи, неoad’ювантна хіміотерапія, поєднана хіміотерапія.

У структурі злоякісних пухлин людини близько 6 % займає рак голови та шиї [1, 6]. Близько 60 % випадків складає рак верхніх дихальних шляхів у ІІІ-ІV стадії. Зanedбані стадії раку, які виявляються при первинному звертанні хворих, важко лікуються, а виживаність хворих при цьому низька [1, 6, 8].

У більшості подібних випадків хірургічне видалення пухлини є неможливим або пов’язане зі значним видаленням тканин голови та шиї, що призводить до інвалідизації хворого. Одним з основних методів лікування при поширених пухлинах такої локалізації є хіміопроменева терапія. Лікування цих хворих одним протипухлинним методом (хірургічним або променевим) дає гірші результати, ніж комбінована терапія.

Запорукою значного покращання якості лікування хворих на рак стало застосування сучасних протипухлинних препаратів [5, 10]. Хіміотерапія (ХТ), згідно з протоколами лікування, призначається у таких режимах: 1) неoad’ювантна ХТ з наступною операцією або променевою терапією, 2) поєднана ХТ (проводиться одночасно з променевим лікуванням), 3) ад’ювантна ХТ (після оперативного втручання або променевої терапії).

Неoad’ювантна ХТ дає зменшення маси пухлини і таким чином дозволяє зменшити обсяг хірургічного втручання, сприяє більш ефективному регресу пухлини при наступному опроміненні. При цьому можна виявити чутливість пухлини до хіміопрепаратів і при задовільному результаті їх

Д. І. Заболотний — директор інституту, акад. НАМН України

Відділ онкопатології ЛОР-органів

Е. В. Лукач — зав. віділом, д.м.н., професор
Ю. О. Сержко — с.н.с., к.м.н. (yalse@mail.ru)
В. Я. Діхтярук — с.н.с., к.м.н.
В. В. Стрежак — м.н.с.
Є. М. Цимбалюк — м.н.с.
Н. В. Гринь — м.н.с.

Лабораторія патоморфології

Є. І. Клочков — с.н.с.

© Д. І. Заболотний, Е. В. Лукач, Ю. О. Сержко, Є. І. Клочков, В. Я. Діхтярук, В. В. Стрежак, Є. М. Цимбалюк, Н. В. Гринь, 2013.

можна призначати після операції та променевої терапії в ад'ювантному режимі. Неоад'ювантна ХТ призначається від 2 до 6 циклів з інтервалом у 3-4 тижні.

Одночасне (поєднане) застосування ХТ і променевої терапії сприяє зниженню частоти розвитку локальних рецидивів та метастазів.

Призначення хіміопрепаратів під час променевої терапії посилює лікувальну дію і, на думку деяких авторів, може вважатися альтернативою хірургічному втручанню. Крім того, проведення хіміопроменевої терапії при нерезектабельних пухлинах сприяє регресії пухлинної тканини. В таких випадках стає можливим її хірургічне видалення [9].

Контроль та покращання якості лікування можливі при визначенні морфологічних змін у пухлинах, які відбуваються під впливом протипухлинної терапії (лікувального патоморфозу), що дає змогу виявити ефективність проведеного та необхідність подальшого лікування.

Таким чином, метою нашого дослідження було з'ясування ефективності комбінованого лікування хворих на рак ЛОР-органів на основі призначення різних схем ХТ та визначення якості життя хворих під впливом різних варіантів хіміопроменевого їх лікування.

Обстежувані та методи. Протягом 2007-2012 рр. у відділі онкопатології ЛОР-органів Інституту отоларингології ім. професора О. С. Коломійченка НАМН України було проведено нерандомізоване, порівняльне, з паралельною схемою незалежних груп дослідження, в яке було включено 163 хворих на рак верхніх дихальних шляхів. У залежності від схем лікування їх було розподілено на дві групи: 1 — 98 осіб (84 чоловіки та 14 жінок віком 18-70 років), яким призначали неоад'ювантну поліхіміотерапію з наступною телегамматерапією (нХТ + ТГТ); 2 — 65 хворих (56 чоловіків та 9 жінок віком 22-70 років), які отримували поєднану з променевою хіміотерапією. Вік хворих у межах від 18 до 70 років не потребує редукції дози у залежності від віку. Розрахунок доз лікарських засобів у схемах лікування онкологічних хворих однаковий для всіх осіб.

У більшості (68 %) хворих пухлина локалізувалася у глотці: у гортанній частині глотки — у 42 осіб, у ротовій частині глотки — у 45, у носовій частині глотки — у 25, у гортані — у 31, у навколосових пазухах — у 10 осіб.

Слід зазначити, що поширеність пухлини у хворих, яким проводили лікування, у відсотковому співвідношенні була однаковою в обох групах. Третя стадія раку спостерігалася у 70 (71,4 %) хво-

рих першої групи і у 46 (70,8 %) хворих другої групи, 3 четвертою стадією захворювання у першій та другій групі було 29 (28,6 %) і 19 (29,2 %) хворих, відповідно.

У більшості хворих (96,9 %) при морфологічному дослідженні переважали плоскоклітинні форми раку різного ступеня диференціювання. Перехідноклітинний рак та аденокарциноми виявляли при новоутвореннях порожнини носа та навколосових пазух, а також у хворих з пухлинами носової частини глотки. Такі форми раку були нечисленними в обох групах.

Неоад'ювантна ХТ складалася з трьох циклів з перервами у 21 добу. За схемою *PF*: цисплатин 100 мг/м² або карбоплатин 350 мг/м² у перший день та 5-фторурацил 750 мг/м² на добу від першого по п'ятий дні. За схемою *TPF*: паклітаксел у дозі 175 мг/м² і карбоплатин 350 мг/м² або цисплатин 100 мг/м² у перший день та 5-фторурацил 750 мг/м² на добу з першого по п'ятий дні. Через три тижні, після трьох циклів неоад'ювантної ХТ, клінічно оцінювали її результат і призначали телегамматерапію (ТГТ).

Поєднану хіміотерапію (системна ХТ під час курсу ТГТ) проводили за такими схемами: *T* (паклітаксел 65 мг/м²), *P* (цисплатин 40 мг/м²) один раз на тиждень під час курсу ТГТ або *TP* (паклітаксел 175 мг/м² і карбоплатин 350 мг/м² або цисплатин 100 мг/м²) два цикли з перервою між ними у 4 тижні.

Телегамматерапію проводили за розщепленою методикою у традиційному режимі по 2 Гр за фракцією, 5 днів на тиждень: на першому етапі — осередковою дозою до 40 Гр, на другому етапі (через 10-15 днів) — до сумарної осередкової дози 60-65 Гр. Після цього детально досліджували морфологію залишкової пухлини або місця, де знаходилась первинна пухлина (при повному регресі останньої після проведеної терапії). При необхідності хірургічного втручання залишкові пухлини видаляли, досліджували і визначали ступінь лікувального патоморфозу. Лікувальний патоморфоз у тканині пухлин вивчали за методикою Г. А. Лавнікової [4]. Гістологічно досліджували біопсійний і операційний матеріал від хворих, взятий до лікування і через три тижні після завершення курсу протипухлинного лікування.

Рівень якості життя хворих [7] визначали до лікування та через один місяць після закінчення певного етапу лікування: курсу нХТ з ТГТ та ХПТ. Для цього хворому пропонували заповнити російськомовний опитувальник *Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36)*. Опитувальник *MOS SF-36* складається з 36 питань, які утворюють 8 шкал, де кількісно оцінюються такі показники:

- 1) загальний стан здоров'я — оцінка хворим свого стану здоров'я у теперішній час і на перспективу лікування;
- 2) фізичне функціонування — відображає ступінь, у якому здоров'я обмежує виконання фізичного навантаження (самообслуговування, ходіння, сходження по сходах, перенесення вантажу та ін.);
- 3) рольове фізичне функціонування — вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання повсякденної діяльності);
- 4) рольове емоційне функціонування — вплив емоційного стану на виконання роботи чи іншої повсякденної діяльності (збільшення витрати часу, зменшення обсягу виконаної роботи, зниження якості її виконання та ін.);
- 5) соціальне функціонування — визначається ступенем, у якому фізичний чи емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування);
- 6) біль (Б) — інтенсивність болю та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю (у т. ч. домашньою роботою);
- 7) життєздатність — відчуття повноти сил та енергії або, навпаки, знесилення;
- 8) самооцінка психічного здоров'я — характеризує настрій (наявність депресії, неспокою), є загальним показником позитивних емоцій.

Результати відображаються у балах — від 0 до 100 кожної з 8 шкал. Чим вище бал за шкалою опитувальника SF-36, тим вище рівень якості життя [11].

Результат лікування оцінювали за ступенем регресу пухлини через три тижні після комбінованого лікування на підставі КТ-досліджень, даних лікувального патоморфозу, наявності залишкової пухлини. При повному регресі пухлинна тканина була відсутня, при частковому регресі пухлина зменшувалася на понад 50 %. Стабілізацією вважа-

ли регрес пухлини до 50 % або прогресування її росту до 25 %, прогресуванням — ріст пухлини понад 25 %. Об'єктивна реакція пухлини на лікування поєднувала у собі суму повного і часткового регресу. Результат лікування оцінювали також за даними виживаності хворих.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили із застосуванням непараметричних методів χ^2 та критерію U (Вілкоксона — Манна — Уїтні) [3]. Виживаність хворих після комбінованого лікування визначали за методом Каплана — Меєра [2].

Результати та їх обговорення. Розподіл хворих за віковими групами показав, що найчисельнішою була група хворих 51-60 років. Кількість хворих до 31 року була незначною (по 2-3 особи у групі). Тому відповідь пухлини на неoad'ювантну ХТ з телегамматерапією (перша група хворих) та хіміопроменеву терапію (друга група хворих) можна було прослідити у чотирьох вікових групах хворих від 31 до 70 років.

Об'єктивна відповідь пухлини на терапію та показника повного регресу пухлини у всіх вікових групах були статистично однаковими ($P_U > 0,05$) як при застосуванні неoad'ювантної ХТ з телегамматерапією, так і при хіміопроменевій терапії (табл. 1). Виходячи з відсутності відмінностей отриманих результатів при розподілі хворих за віком, подальше обчислення проводилось без врахування вікових показників.

Після курсу неoad'ювантної ХТ повний регрес пухлини спостерігався у трьох хворих на рак ротового та гортанного відділів глотки ІІІ стадії і на рак гортані ІV стадії. Частковий регрес був у 50 хворих, стабілізація — у 44 хворих. Прогресування було відзначено після двох циклів ХТ у хворого на рак гортані ($T_3N_2M_0$).

Таблиця 1

Відповідь пухлини на терапію у групах хворих різного віку, абс. (%)

Показник	31-40 років		41-50 років		51-60 років		61-70 років	
	нХТ + ТГТ, n = 6	ХПТ, n = 7	нХТ + ТГТ, n = 20	ХПТ, n = 12	нХТ + ТГТ, n = 46	ХПТ, n = 32	нХТ + ТГТ, n = 21	ХПТ, n = 12
Об'єктивна відповідь пухлини на терапію	5 (84)	6 (86)	19 (95)	11 (91,6)	39 (85)	30 (94)	21 (100)	9 (74)
Повний регрес	2 (34)	2 (29)	7 (35)	4 (33,3)	18 (39)	14 (44)	12 (57)	7 (58)
Частковий регрес	3 (50)	4 (57)	12 (60)	7 (58,3)	21 (46)	16 (50)	9 (43)	2 (16)
Стабілізація пухлинного росту	1 (16)	1 (14)	1 (5)	1 (8,4)	6 (13)	2 (6)	—	3 (25)
Прогресія хвороби	—	—	—	—	1 (2)	—	—	—

Повний курс ТГТ (СВД — 65 Гр) проведено у 97 осіб. Хвора на рак навколоносових пазух ($T_4N_0M_0$) після першого етапу ТГТ померла, напевно від прогресування хвороби.

Через місяць після завершення ТГТ було оцінено безпосередній результат лікування хворих першої групи. Повний регрес пухлини спостерігався у 42 (43 %) хворих, частковий регрес — у 47 (48 %), стабілізація пухлинного росту — у 8 (8 %), прогресування хвороби — в 1 (1 %) хворой.

Отже, об'єктивна відповідь пухлини на комбіновану терапію з курсом неoad'ювантної ХТ становила 91 % випадків у хворих на рак верхніх дихальних шляхів. Прогресування хвороби спостерігалося лише у 1 % випадків. У подальшому, з урахуванням результатів відповіді пухлини на неoad'ювантну ХТ, було проведено курси ад'ювантної ХТ у 12 хворих, хірургічне втручання — у 14 хворих: залишкові метастатичні лімфатичні вузли шиї — у 3, ларингектомії із залишковими метастатичними лімфатичними вузлами шиї — у 2, залишкова пухлина — у 9 (ларингектомії — у 5, резекція гортані — у 1, хордектомії — у 3) хворих.

Безпосередній результат лікування хворих другої групи було оцінено через місяць після завершення хіміопроменевої терапії. Повний регрес пухлини спостерігався у 27 (42 %) пацієнтів, частковий регрес — у 31 (48 %), стабілізація пухлинного росту — у 7 (10 %) хворих.

Таким чином, об'єктивна відповідь пухлини після проведеної системної ХТ під час ТГТ становила 90 % випадків у хворих на рак верхніх дихальних шляхів. У подальшому хворим другої групи після проведеного лікування призначалися курси ад'ювантної ХТ у 17 осіб та виконано хірургічне видалення залишкової пухлини у 7.

При аналізі результатів хіміопроменевого лікування хворих обох груп у залежності від схеми ХТ було відзначено, що об'єктивна відповідь пухлини спостерігалась від 78 % (схема *TP*) до 96 % (схема *T*) випадків (табл. 2). Найбільший відсоток повного регресу був при застосуванні неoad'ювантної ХТ за схемою *PF* (48 %) та поєднаної ХТ за схемою *T* (46 %). Слід зазначити, що після застосування неoad'ювантної ХТ з курсом ТГТ або поєднаної ХТ спостерігається відносно значний відсоток випадків залишкових пухлин. Частковий регрес і стабілізація пухлинного росту спонукають до подальшого хірургічного видалення залишкових пухлин та проведення курсів ад'ювантної ХТ.

Визначення лікувального патоморфозу після проведеного лікування показало, що більш ефективним є комбінована терапія при низькодиференційованих варіантах плоскоклітинного раку ($P \leq 0,01$).

Таблиця 2

Результати відповіді пухлини на терапію через місяць після комбінованого лікування хворих із застосуванням хіміопроменевої терапії, абс. (%)

Схеми ХТ	Повний регрес	Частковий регрес	Стабілізація	Прогресування
Неoad'ювантна хіміотерапія з курсом телегамматерапії				
<i>PF</i> , $n = 21$	10 (48)	8 (38)	3 (14)	–
<i>TRF</i> , $n = 77$	32 (42)	39 (51)	5 (7)	1 (1)
Поєднана хіміотерапія				
<i>T</i> , $n = 28$	13 (46)	14 (50)	1 (4)	–
<i>P</i> , $n = 14$	5 (36)	8 (57)	1 (7)	–
<i>TP</i> , $n = 23$	9 (39)	9 (39)	5 (22)	–

У зв'язку з порушеннями різних аспектів функціонування хворих під час лікування було проведено вивчення параметрів якості їх життя в залежності від виду терапії. Якість життя хворих обох груп до лікування істотно не відрізнялася ($P_U > 0,05$).

У першій групі до лікування було сильнішим відчуття хворими болю — 62 бали проти 74 балів у другій групі. З цим було пов'язане погіршення і життєздатності хворих — 60 балів проти 75 балів, відповідно. Проте це не вплинуло на соціальне функціонування пацієнтів. Якість життя хворих першої групи через один місяць після курсу ТГТ знижувалася по шкалам загального здоров'я, рольового фізичного функціонування та рольового емоційного функціонування ($P_U < 0,05$).

У другій групі проведення ХТ під час ТГТ не викликало погіршення якості життя пацієнтів. Кількість балів по шкалам загального здоров'я, рольового фізичного функціонування та рольового емоційного функціонування, а також соціального функціонування була на рівні аналогічних показників до лікування.

Після проведеного лікування з використанням неoad'ювантної ХТ з курсом ТГТ у порівнянні з поєднаною ХТ з курсом ТГТ спостерігалось істотне погіршення якості життя хворих ($P_U < 0,05$). Відзначалося зниження по шкалам рольового фізичного функціонування ($P_U < 0,001$) та рольового емоційного функціонування ($P_U < 0,05$) хворого (рис. 1).

Тривале спостереження за хворими обох груп після проведеного лікування дало можливість простежити появу рецидивів пухлини та виживаність хворих. При спостереженні протягом 36 міс останній рецидив був у хворого з другої групи через 21 міс. Безрецидивна виживаність хворих у першій групі становила 68 % проти 73 % у другій групі. Найбільша кількість випадків рецидиву пухлини після комбінованого лікування спостерігалась у перші сім місяців

(рис. 2). Медіани появи рецидиву пухлини в обох групах хворих досягнуто не було. При порівнянні результатів спостереження в двох групах хворих не виявлено статистичної відмінності.

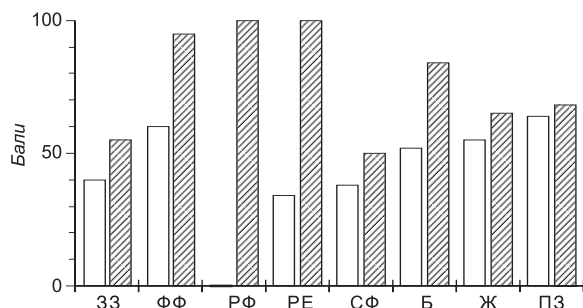


Рис. 1. Якість життя хворих після проведення неоад'ювантної хіміотерапії з телегамматерапією (світлі стовпчики) та поєднаної хіміотерапії з телегамматерапією (заштриховані стовпчики): ЗЗ — загальний стан здоров'я, ФФ — фізичне функціонування, РФ — рольове фізичне функціонування, РЕ — рольове емоційне функціонування, СФ — соціальне функціонування, Б — біль, Ж — життєздатність, ПЗ — самооцінка психічного здоров'я.

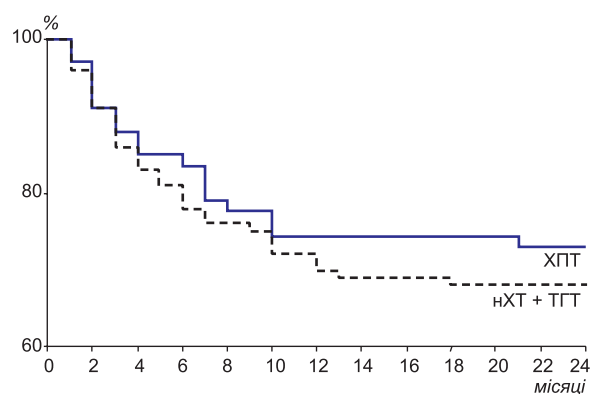


Рис. 2. Безрецидивна виживаність хворих на рак верхніх дихальних шляхів після лікування хіміопроменевою терапією (ХПТ) та неоад'ювантною хіміотерапією з телегамматерапією (нХТ + ТГТ).

Протягом трьох років спостереження медіани виживаності не було досягнуто в обох групах хворих (рис. 3). Загальна виживаність хворих у першій групі становила 66 % проти 85 % у другій групі. Між групами хворих відзначено незначну, але все ж таки істотну відмінність виживаності ($P < 0,05$). Лограновий критерій дає $z = 1,980$, що є дещо більше 1,960 — критичного значення для рівня значимості 0,05. Це свідчить про кращу трирічну виживаність хворих при комбінованому лікуванні з поєднаною хіміопроменевою терапією у порівнянні з курсом неоад'ювантної ХТ з ТГТ.

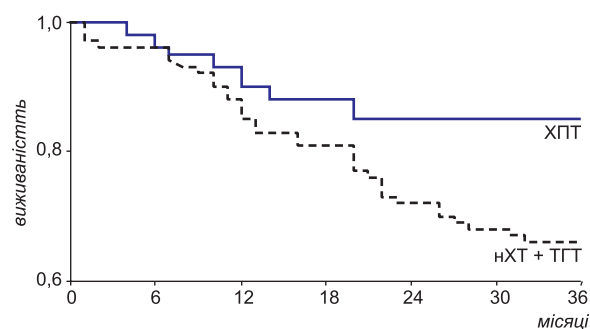


Рис. 3. Загальна виживаність хворих на рак верхніх дихальних шляхів: ХПТ — хіміопроменевою терапією, нХТ — неоад'ювантна хіміотерапія, ТГТ — телегамматерапія.

Отже, лікування хворих на рак верхніх дихальних шляхів III-IV стадії із застосуванням хіміопроменевою терапією, як у формі неоад'ювантної ХТ з ТГТ, так і при поєднаній ХТ з ТГТ є досить ефективним. Обидві схеми хіміопроменевого лікування цих хворих дали гарну об'єктивну відповідь пухлини на терапію, а відсоток повного регресу пухлини спостерігався майже у половини хворих. Проте проведення поєднаної ХТ з ТГТ мало менший вплив на якість життя хворих, а їх загальна трирічна виживаність була істотно вищою.

Список використаної літератури

1. Алиева С. Б. Химиолучевая терапия больных с местнораспространенным плоскоклеточным раком головы и шеи // Практическая онкология. — 2008. — 9, № 1. — С. 27-30.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 459 с.
3. Гублер Е. В., Генкин А. А. Применение непараметрических методов статистики в медико-биологических исследованиях. — Л.: Медицина, 1973. — 143 с.
4. Лавникова Г. А. Гистологический метод количественной оценки терапевтического повреждения опухоли: Метод. рекомендации. — М., 1979. — 13 с.
5. Матякин Е. Г., Алферов В. С. Химиотерапия опухолей головы и шеи // Мат-лы II ежегодной Российской онкологической конференции "Современные тенденции развития лекарственной терапии опухолей" (Москва, 8-10 декабря 1998 г.). — М.: ОАО "Типография "Новости", 1998. — С. 67.
6. Рак в Україні, 2009-2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби: Бюлетень Національного канцер-реєстру. — К., 2011. — № 12. — 116 с.
7. Руководство по исследованию качества жизни в медицине: 2-е изд. / Под ред. Ю. Л. Шевченко. — М.: ЗАО "ОЛМА Медиа Групп", 2007. — 320 с.

8. *Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D. M.* GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Version 1,0 — IARC Cancer Base № 5, Lyon, France: IARC Press, 2001. — 1718 p.
9. *Licitra L. F., Locati L., Bareggi C. et al.* Low incidence of distant metastases in patient with advanced oro- and hypopharyngeal cancer undergoing primary chemotherapy (PCT) followed by concomitant chemoradiation // ASCO. — 2002. — P. 2552.
10. *Schantz S. P., Harrison L. B., Forastiere A. A.* Tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses, nasopharynx, oral cavity, and oropharynx // *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* — Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. — P. 797-860.
11. SF-35. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [www.http://omut-agma.ru/instrumentariy/otsenka-kachestva-zhizni-oprosnik-sf-36/](http://omut-agma.ru/instrumentariy/otsenka-kachestva-zhizni-oprosnik-sf-36/)

Одержано 10.04.2013

ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ III-IV СТАДИИ

**Д. И. Заболотный, Э. В. Лукач, Ю. А. Сережко, Е. И. Клочков, В. Я. Дихтярук,
В. В. Стрежак, Е. Н. Цимбалюк, Н. В. Гринь**

Государственное учреждение “Институт отоларингологии
им. профессора А. И. Коломийченка НАМН Украины” 03057 Киев

Приведены данные обследования 163 больных раком верхних дыхательных путей, которые получали химиолучевую терапию в отделе онкопатологии ЛОР-органов Института отоларингологии им. профессора А. С. Коломийченка НАМН Украины в 2007-2012 гг. В первой группе (98 больных) проводилась неoadъювантная химиотерапия с телегамматерапией, во второй группе (65 больных) — сочетанная химиотерапия с телегамматерапией. Объективный ответ опухоли в первой группе составил 91 %, во второй — 90 %. Полный регресс опухоли после лечения в первой и второй группе был у 43 % и 42 %, соответственно. Качество жизни больных после лечения было достоверно выше во второй группе. Рецидивирование было одинаковым в обеих группах. Трехлетняя выживаемость больных была достоверно выше во второй группе. Таким образом, неoadъювантная и сочетанная химиотерапия одинаково эффективны. Однако сочетанная химиотерапия имеет некоторые преимущества над неoadъювантной химиотерапией при лечении больных раком верхних дыхательных путей III-IV стадии.

THE CHEMO-RADIATION TREATMENT OF PATIENTS WITH CANCER OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT STAGE III-IV

**D. I. Zabolotnyi, E. V. Lukach, Yu. A. Serezhko, E. I. Klochkov, V. Ya. Dykhtiaruk,
V. V. Strezhak, E. N. Tymbaliuk, N. V. Grin'**

State Institution “Professor A. S. Kolomiychenko Institute of Otolaryngology NAMS Ukraine”, 03057 Kyiv

Presented are the results of examination of 163 patients with cancer of the upper respiratory tract treated with chemoradiotherapy at the Department of Oncopathology of Otolaryngological Organs of Prof. A. S. Kolomiychenko Institute of Otolaryngology NAMS Ukraine during 2007-2012. 98 patients (group 1) received neoadjuvant chemotherapy with telegammaterapy. 65 patients (group 2) received simultaneous chemotherapy with telegammatherapy. Objective tumor response in groups 1 and 2 was 91 % and 90 %, respectively. Complete tumor regression after treatment in groups 1 and 2 was 43 % and 42 %, respectively. Quality of life of patients after treatment was significantly higher ($P < 0.05$) in group 2. Recidivating was similar in both groups. 3-year survival of patients was significantly higher ($P < 0.05$) in group 2. Therefore, neoadjuvant and simultaneous chemotherapies are equally effective. However, the simultaneous chemotherapy has several advantages over neoadjuvant chemotherapy in the treatment of patients with upper respiratory tract cancer stage III-IV.