



**ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ
ОБЩЕСТВЕННЫХ
ОБЪЕДИНЕНИЙ
АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ
РОССИИ**

**Клинические рекомендации
по диагностике и лечению
рака гортани**

**Утверждено
на Заседании правления Ассоциации онкологов России**

Москва 2014

Коллектив авторов (в алфавитном порядке):
Алиева С.Б., Алымов Ю.В., Кропотов М.А.,
Мудунов А.М., Подвязников С.О.

Оглавление

1. Методология 3
2. Принципы лечения 4

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в электронные библиотеки, базы данных (например, MEDLINE, PubMed, NCCN и др.).

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

Консенсус экспертов

Уровни доказательности и согласованности NCCN

Уровень 1. Рекомендации приведены с учетом информации, обладающей высоким уровнем доказательности (например, рандомизированные контролируемые исследования), и единодушно одобрены всеми членами NCCN.

Уровень 2А. Рекомендации приведены с учетом информации, обладающей низким уровнем доказательности, но единодушно одобрены всеми членами NCCN.

Уровень 2В. Рекомендации приведены с учетом информации, обладающей низким уровнем доказательности, мнение членов NCCN относительно рекомендаций было неоднозначным (существенных разногласий не отмечалось).

Уровень 3. Рекомендации приведены с учетом информации, обладающей любым уровнем доказательности, однако

отмечались существенные разногласия между членами NCCN.

Все рекомендации, за исключением особо указанных случаев, имеют уровень доказательности 2A.

2. Принципы лечения Складочный отдел гортани

Стадия	Лечение первичное	Лечение продолжение первичного/ адьювантное
Карцинома <i>in situ</i>	Эндоскопическая резекция или ЛТ	
T1, T2, N0, редко N+ (не требующие ларингэктомии)	ЛТ или резекция гортани	
T3, N0, N1 (в большинстве случаев требующие ларингэктомии), T3, N2–3	Предпочтительна конкурентная ХЛТ с включением цисплатина (УД 1) или операция (ларингэктомия + резекция доли ЩЖ) ± операция на шее* либо индукционная ХТ (УД 3)	<p>При наличии остаточной опухоли после консервативного лечения – операция «спасения».</p> <p>При наличии остаточных ЛУ на шее – лимфодиссекция.</p> <p>При наличии НПФ после операции – ЛТ или ХЛТ (УД 1).</p> <p>При полной/частичной регрессии первичного очага – самостоятельная ЛТ (УД 1) или ХЛТ (УД 2В).</p> <p>При отсутствии регрессии опухоли – операция с последующей ЛТ</p>

Стадия	Лечение	
	первичное	продолжение первичного/ адьювантное
T4a, любая N	Операция (ларингэктомия + резекция доли ЩЖ) ± операция на шее*	ХЛТ (УД 1)
T4a, пациенты, отказав- шиеся от операции	Индукционная + конкурентная ХЛТ (УД 2В) или только конку- рентная ХЛТ	При наличии остаточной опухоли после консерватив- ного лечения – операция «спасения». При наличии остаточных ЛУ на шее – лимфодиссекция

* Методом выбора после ларингэктомии является установка голосового протеза интраоперационно или отсроченно.

Рекомендации по проведению ЛТ

ЛТ в самостоятельном варианте

- T1, N0: 63–66 Гр по 2,25–2,0 Гр/фракция.
- T1–2: > 66 Гр с использованием конвенционального фракционирования (2,0 Гр/фракция).
- ≥ T2 и клинически определяемые регионарные метастазы: конвенциональное фракционирование – 70 Гр (2,0 Гр/фракция) в течение 7 нед.

Альтернирующая ЛТ

- Гиперфракционирование: 79,2–81,6 Гр в течение 7 нед (1,2 Гр/фракция 2 раза в день).
- Клинически неизмененные ЛУ: 46–50 Гр (1,6–2,0 Гр/фракция).

Послеоперационное облучение

- Показано при стадиях первичной опухоли рТ4, N2 и N3, а также при перинеуральной инвазии, сосудистой эмболии.
- Предпочтительный интервал после операции составляет ≤ 6 нед.
- Первичный очаг: 60–66 Гр (2,0 Гр/фракция).
- Шея: клинические метастазы в ЛУ – 60–66 Гр (2,0 Гр/фракция); клинически неизмененные ЛУ – 46–50 Гр (1,6–2,0 Гр/фракция).

Надскладочный отдел гортани

Стадия	Лечение	
	первичное	продолжение первичного/адьювантное
T1–T2, N0 (не требующие ларингэктомии)	Эндоскопическая/открытая резекция гортани, возможна профилактическая операция на шее или ЛТ	При обнаружении микроскопических метастазов в ЛУ – ЛТ. При НПФ (метастазы в ЛУ, клетки в крае резекции, экстракапсулярное распространение) – ререзекция или ЛТ либо ХЛТ (УД 2В)
T3, N0 (требующие ларингэктомию)	Предпочтительна конкурентная ХЛТ с включением цисплатина (УД 1) или операция (ларингэктомию + резекция доли ЩЖ) + одно- или двусторонняя операция на шее* либо индукционная ХТ (УД 3) или ЛТ (в случае если пациенту не подходят конкурентные режимы ХТ)	При наличии остаточной опухоли после консервативного лечения – операция «спасения». При наличии остаточных ЛУ на шее – лимфодиссекция. При N0 или метастазе в 1 ЛУ – послеоперационная ЛТ. При наличии НПФ после операции – ЛТ или ХЛТ (УД 1)

Стадия	Лечение	
	первичное	продолжение первичного/адьювантное
<i>При поражении регионарных ЛУ</i>		
T1–T2, N+ T3, N1 (не требующие ларингэктомии)	Предпочтительна конкурентная ХЛП с включением цисплатина (УД 1) или ЛП либо операция (надскладочная резекция гортани) + операция на шее или индукционная ХТ (УД 3)	При наличии остаточной опухоли после консервативного лечения – операция «спасения». При наличии остаточных ЛУ на шее – лимфодиссекция. Послеоперационная ЛП или при наличии НПФ после операции – ЛП либо ХЛП (УД 1). При полной/частичной регрессии первичного очага – самостоятельная ЛП (УД 1) или ХЛП (УД 2В). При отсутствии регрессии опухоли – операция с последующей ЛП
T3, N2–N3 (требующие ларингэктомии)	Предпочтительна конкурентная ХЛП с включением цисплатина (УД 1) или операция (ларингэктомия + резекция доли ЦЖ) + одно- или двусторонняя операция на шее* либо индукционная + конкурентная ХЛП (УД 2В)	То же самое

Стадия	Лечение	
	первичное	продолжение первичного/адьювантное
T4, N0–N3	Операция (ларингэктомия + резекция доли ЩЖ) + одно- или двусторонняя операция на шее* или (для пациентов, отказавшихся от операции) индукционная + конкурентная ХЛТ (УД 2В)	Послеоперационная ХЛТ или при наличии остаточной опухоли после консервативного лечения – операция «спасения». При наличии остаточных ЛУ на шее – лимфодиссекция

* Методом выбора после ларингэктомии является установка голосового протеза интраоперационно или отсроченно.

Принципы ЛТ

ЛТ в самостоятельном варианте

T1–2, N0: ≥ 66 Гр, конвенциональное фракционирование (2,0 Гр/фракция).

T2–3, N0–1: конвенциональное фракционирование – первичный очаг ≥ 70 Гр (2,0 Гр/фракция), увеличенные ЛУ – 66–74 Гр (2,0 Гр/фракция), клинически неизмененные регионарные ЛУ – 46–50 Гр (1,6–2,0 Гр/фракция).

Альтернирующая ЛТ

- Первичный очаг – режим 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).

- Регионарные ЛУ: 6 фракций в неделю в режиме ускоренного фракционирования (увеличенные ЛУ – 66–74 Гр; клинически неизменные ЛУ – 46–50 Гр).

Послеоперационное облучение

- Предпочтительный интервал после операции составляет ≤ 6 нед.
- Первичный очаг: 60–66 Гр (2,0 Гр/фракция).
- Клинически неизменные ЛУ: 46–50 Гр (1,6–2,0 Гр/фракция).
- Метастатически измененные ЛУ: 66–74 Гр (2,0 Гр/фракция).

ХЛТ

- Цисплатин в дозе 100 мг/м^2 1 раз в 3 нед.
- ЛТ на первичный очаг – 60–66 Гр; на ЛУ шеи – 60–66 (N1–3) или 44–64 (N0) Гр.

Список сокращений

АЛАТ – аланин-аминотрансфераза АСАТ – аспартат-аминотрансфераза В/в – внутривенно

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВПЧ – вирус папилломы человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ДЛТ – дистанционная лучевая терапия

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

КТ – компьютерная томография

КЭА – карцино-эмбриональный антиген

ЛДГ – лактатдегидрогеназа

ЛТ – лучевая терапия

ЛУ – лимфатический узел

МРТ – магнитно-резонансная томография

МРЩЖ – медуллярный рак щитовидной железы

МЭН (MEN) – синдром множественной эндокринной неоплазии НППВ

– нестероидные противовоспалительные препараты НПФ –

неблагоприятные прогностические факторы

П/к – подкожно

ПХТ – полихимиотерапия

ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография

РЙТ – радиойодтерапия

РОД – разовая очаговая доза

рч-ТТГ – рекомбинантный человеческий тиреотропный гормон

РЩЖ – рак щитовидной железы

СОД – суммарная очаговая доза

СТРХ – стереотаксическая радиохирургия

СВЧ ГТ-сверхвысокочастотная гипертермия

ТАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия

ТТГ – тиреотропный гормон

УД – уровень доказательности

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФДГ – фтордезоксиглюкоза

5-ФУ – 5-фторурацил

ХЛТ – химиолучевая терапия

ХТ – химиотерапия

ЦНС – центральная нервная система

ЦОГ – циклооксигеназа

ЧЭНС – чрескожная электронейростимуляция

ЩЖ – щитовидная железа

ЭКГ – электрокардиограмма

FDA – Food and Drug Administration (Департамент по надзору в сфере продуктов питания и медикаментозных препаратов США)

CMV – cytomegalovirus (цитомегаловирусная инфекция)

G-CSF – granulocyte colony-stimulating factor (гранулоцитарный колониестимулирующий фактор)

GM-CSF – granulocyte-macrophage colony-stimulating factor (гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор)

GTR – gross total resection (тотальное обширное удаление опухоли)

GTV – gross tumor volume (макроскопический объем опухоли) IMRT – intensively modified radiotherapy (интенсивно-модулируемая лучевая терапия)

KPS – Karnofsky performance status (индекс общего состояния пациента по шкале Карновского)

NCCN – National Comprehensive Cancer Network (Национальная всеобщая онкологическая сеть)

PNET – primitive neuroectodermal tumor (примитивная нейроэктодермальная опухоль)

RTOG – Radiation therapy oncology group (группа по изучению эффективности лучевой терапии)

