

8. Польова С.П. Морфологічна діагностика невиношування вагітності у пацієнок, хворих на туберкульоз / С.П. Польова, Н.В. Корандо // Вісн. морфол. – 2011. – № 17 (1). – С 154-156.
9. Фещенко Ю.І. Туберкульоз в Україні як медико-соціальна і політична проблема / Ю.І.Фещенко // Ж. Акад. мед. наук України. – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 17-23.

## ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*\*Р.В. Кличук, С.П. Полева, В.Г. Дубинина, А.Г. Волянская*

**Резюме.** В статье приведены данные обследования 110 женщин репродуктивного возраста, больных туберкулезом легких. Выявлено, что при туберкулезе в женщин наблюдается относительная и абсолютная эстрогения, склонность к андрогенизации, что требует гормональной коррекции. Показана эффективность применения комбинированных оральных контрацептивов в данного контингента пациенток.

**Ключевые слова:** репродуктивная функция, туберкулез, гормональная дисфункция, комбинированные оральные контрацептивы.

## PECULIARITIES OF HORMONAL CONTRACEPTION IN FEMALE PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

*\*R.V. Klichuk, S.P. Poliova, V.H. Dubinina, A.H. Volianska*

**Abstract.** The article contains survey data of 110 female patients of reproductive age with pulmonary tuberculosis. It is found that under conditions of tuberculosis in women there is relative and absolute estrogenia, susceptibility to androgenization, requiring hormonal treatment. The authors have shown the effectiveness of combined oral contraceptives in this category of patients.

**Key words:** reproductive function, tuberculosis, hormonal dysfunction, combined oral contraceptives.

\* Regional Oncology Dispensary (Chernivtsi)  
National Medical University (Odessa)

Рецензент – доц. В.В.Дикусаров

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 4 (60). – P. 24-26

Надійшла до редакції 04.07.2011 року

---

© \*Р.В. Кличук, С.П. Польова, В.Г. Дубинина,  
А.Г. Волянська, 2011

УДК 616.22-006.6-08-031.81-036.1-07

*О.В. Ковтуненко*

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ ІІІ-ІV СТАДІЙ

Дніпропетровська державна медична академія

---

**Резюме.** Робота присвячена вивченню онкологічних результатів лікування хворих на рак гортані ІІІ-ІV стадій з різним клінічним перебігом захворювання залежно від отриманого радикального лікування і морфологічної будови пухлини. У дослідженні проведений аналіз ефективності застосованих схем комплексного лікування хворих на рак гортані, а також інших чинни-

ків, які впливають на результат, проаналізовані стандартні показники для онкологічних хворих: рецидиви до 1 року, летальність до 1 року, трирічні результати виживаності в групах досліджуваних осіб.

**Ключові слова:** рак гортані, онкологічні результати.

---

**Вступ.** Рак гортані (РГ) посідає сьоме місце у світі за поширеністю. Він становить від 1 до 8% у загальній структурі онкопатології та від 38 до 65% новоутворень ЛОР-органів [3, 4, 7]. Захворюваність в Україні у 2007 році становила 5,6 на 100000 населення, показник смертності хворих

становив 3,7 на 100000 населення, а не прожили й року з числа вперше захворівших 30,3%. Серед пацієнтів переважає працездатне чоловіче населення віком від 40 до 55 років. Повноцінне комбіноване або комплексне лікування отримують 35% осіб і отже, результати лікування пацієнтів

---

© О.В. Ковтуненко, 2011

вважаються незадовільними. До 70% пацієнтів уперше діагностується в розповсюджених стадіях захворювання (III-IVст.), коли необхідно застосувати в повному обсязі комплексне лікування [1, 8]. Прогноз для життя (загальна 5-річна виживаність) при розповсюджені процесі не перевищує 20-56%. Неприятливими чинниками, що впливають на виживаність хворих на рак гортані, є регіонарне метастазування, частота якого, за даними авторів, коливається від 25 до 80% і місцеві рецидиви з частотою від 10 до 53% [11, 12].

Питання клініки, діагностики, прогнозування, лікування і профілактики у хворих на рак гортані достатньо представлені в літературі [5, 6, 9, 10]. Проте розходяться думки про ефективність різних методів лікування. Основним методом радикального лікування хворих на рак гортані є хірургічний, але для підвищення його ефективності розробляються і вивчаються нові схеми і методи неoad'ювантного лікування. Використання неoad'ювантних методів у хворих на рак гортані має особливе значення внаслідок високої соціальної значущості органа за рахунок можливості проведення органозберігаючих операцій та збереження функцій гортані. Однак відсутні рандомізовані дослідження за ефективністю даних методів та їх вплив на онкологічні результати лікування.

Все це свідчить про актуальність і необхідність досліджень для рішення складної проблеми діагностики та лікування хворих на рак гортані.

**Мета дослідження.** Вивчити онкологічні результати лікування хворих на рак гортані з різним клінічним перебігом захворювання залежно від отриманого виду радикального комплексного лікування та морфологічної будови пухлини.

**Матеріал і методи.** Для виконання завдань дослідження під спостереженням перебували 458 хворих на рак гортані III-IV стадій (Т3-4N0-3M0) та II клінічної групи, які проходили обстеження, лікування та спостереження в ЛОР-онкологічному відділенні Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова в період з 2001 по 2007рр. Вік пацієнтів коливався від 31 до 74 років, середній вік складав ( $M \pm SD$ )  $57,1 \pm 9,5$  року. Пацієнти були переважно у вікових групах від 41 до 70 років (85,4%). Співвідношення чоловіків до жінок 25,9 : 1. У всіх осіб гістологічно діагностувався плоскоклітинний рак. Пацієнти розподілені на 7 груп залежно від отриманого комбінованого або комплексного лікування з урахуванням всіх показань та протипоказань за висновком онкологічного консилиуму в складі онколога-хіміотерапевта, радіолога та отоларинголога.

Неoad'ювантно отримали курс поліхіміотерапії (ПХТ) 296 пацієнтів (групи 1-4) за схемою РВМФ (Цисплатин  $75 \text{ мг/м}^2$ , Блеоміцин  $20 \text{ мг/м}^2$ , Метотрексат  $50 \text{ мг/м}^2$ , Фторурацил  $500 \text{ мг/м}^2$ ) і ТР (Паклітаксел  $175 \text{ мг/м}^2$  або Доцетаксел  $75 \text{ мг/м}^2$ , Цисплатин  $75 \text{ мг/м}^2$ ) з різними варіантами введення препаратів – селективно внутрішньоартеріально (в/а) або системно (в/в), але однаковими схемами щоденного введення та курсовими доза-

ми. Для проведення внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії виконували трансфеморальну (за методом Сельдінгера), високоселективну катетеризацію гілок зовнішньої сонної артерії (ЗСА) першого і другого порядку, а за необхідності з емболізацією гілок, що не беруть участі в живленні пухлини, під контролем ангиографічного комплексу Philips Integris V3000 та контрастної ангиоскопії, який дає можливість візуалізації і документування об'ємних новоутворень у ділянці голови і шиї. Передопераційний курс променевої терапії (ПТ) 103 пацієнтів, яку проводили на гамма-терапевтичних апаратах типу «Агат-С» і «Рокус-М» у статичному режимі з двома протилежних полів, розмірами  $6 \times 8$  і  $8 \times 10$  см, ритм опромінення 5 фракцій на тиждень по 2 гр щодня до сумарної осередкової дози (СОД) 40 гр із застосуванням неoad'ювантно хіміоемболізації (ХЕ) – 70 осіб (група 5) та без неї – 33 особи (група 6). Неoad'ювантно хіміоемболізацію пухлини проводили із застосуванням селективної катетеризації судин пухлини за методом Сельдінгера під контролем ангиографії. Емболізуюча суміш: метотрексат у дозі  $20 \text{ мг/м}^2$  + водорозчинні полімери (PVA) органосумісні емболи типу Cordis®, Contour®, Ендомед® розміром 50-700 мікрон, у кількості 0,5-2 флакони + розчин NaCl 0,9% 5-10 мл. Хіміоемболізуючу суміш вводили повільно дрібно під контролем ангиоскопії за рахунок контрастності емболів до повного блока кровотоку в пухлині. До групи 7 увійшли 59 пацієнтів, які отримували хірургічне лікування без неoad'ювантних методів лікування.

Для оцінки ефективності застосованих схем комбінованого та комплексного лікування хворих на РГ, а також інших факторів, що впливають на результат, проаналізовані стандартні показники для онкологічних осіб: рецидиви до 1 року, дорічна летальність, трирічні результати виживаності в групах досліджуваних осіб. Для визначення тимчасових показників точкою відліку вважалося закінчення спеціалізованого лікування.

Аналіз показників 3-річної виживаності хворих на РГ проводився з використанням методики побудови кривих виживаності Каплана-Мейєра, які характеризують імовірність пережити деякий момент часу після настання початкової події [2]. Методика дозволяє враховувати специфічність даних часу життя, пов'язану, перш за все, з їх неповнотою (цензуровані дані): пацієнти під час спостереження можуть вибувати за тими чи іншими причинами (немає точної інформації в деякий момент часу – переїхав в інший населений пункт тощо), тобто реальний час життя таких людей, більше тривалості спостереження за ними. Достовірність відмінностей кривих трирічної виживаності оцінювалася за критеріями Гехана-Вілкоксона (Gehan's Wilcoxon Test - GWT) і логранговому (Log-Rank Test - LRT), які характеризують відмінності в найближчому і віддаленому періоді відповідно. Для оцінки статистичної значимості різниці показників дорічної летальності і

кількості рецидивів використовувався критерій згоди Пірсона  $\chi^2$ . Взаємозв'язок показників летальності і виживаності з різними чинниками оцінювався за коефіцієнтами кореляції Спірмена ( $r$ ).

Хворим на РГ досліджуваних груп у перший рік після проведеного лікування проводилося стандартне обстеження і спостереження. Контрольний огляд у перший рік проводився 1 раз на місяць, у подальші роки – раз на три місяці.

Для статистичної обробки отриманого матеріалу використовувалися сучасні методи математико-статистичного аналізу. Обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакетів ліцензійних програм статистичного аналізу Statistica v.6.1 (Statsoft Inc., США, ліцензійний №AJAR9-09E415822FA), Microsoft® Office Excel® 2007 (12.0.6514.5000) SP2 MSO (12.0.6425.1000), (США, ліцензійний №89409-707-9902422-65234) і Биостатистика (Москва, 1998).

#### Результати дослідження та їх обговорення.

У 98 пацієнтів (21,4%) при спостереженні первинно відзначено розвиток рецидивів протягом першого року після лікування. До поняття «рецидиви до 1 року» відносили всі прояви ракової пухлини: локально – рецидив (5 хворих, 1,1%), регіонально – регіональний метастаз (70 хворих, 15,3%), відстрочено – віддалений метастаз (21 хворий, 4,6%), генералізація ракового процесу (2 хворих, 0,4%). Всі вторинні пухлини відповідали гістологічному типу – плоскоклітинний рак.

При виявленні рецидиву захворювання пацієнту проводилося повне обстеження з гістологічною верифікацією тканини рецидиву. Далі, за висновком онкологічного консилиуму, хворим на РГ призначалося радикальне або паліативне симптоматичне лікування. 51 (52,0%) пацієнту з наявністю рецидиву (локального або регіонального) вдалося провести радикальне хірургічне лікування з подальшим стандартним хіміотерапевтичним лікуванням, решта осіб отримувала хіміопроменеве лікування за радикальною або паліативною схемою.

Упродовж першого року після закінчення спеціалізованого лікування померло 84 пацієнти.

Показник дорічної летальності в цілому по всіх групах становив 18,3%. При цьому встановлено тісний кореляційний зв'язок між показниками дорічної летальності і рецидивів захворювання на першому році життя після лікування – коефіцієнт кореляції Спірмена  $r=+0,87$  ( $p<0,001$ ).

Як видно з табл. 1, рис. 1, переважна частина осіб з рецидивами захворювання (81-82,7%) померли протягом першого року, ще 11 – померли протягом наступних 2-3 років. Розрахований показник 3-річної виживаності серед таких осіб становив лише 4,7%. Дорічна летальність серед осіб, які не мали рецидивів, становила 0,83% ( $p<0,001$ ), 3-річна виживаність – 67,8% ( $p<0,001$ ).

Таким чином, виживаність онкологічних хворих на рак гортані суттєво залежить від рецидивування захворювання. З іншого боку, всі ці показники мають достовірний кореляційний зв'язок як із гістологічним типом пухлини: зроговілий – не зроговілий плоскоклітинний рак гортані (ПРГ), так і зі ступенем її зрілості. Кількість рецидивів збільшувалася при незроговілих ПРГ ( $r=+0,27$ ;  $p<0,001$ ) і при зниженні ступеня диференціювання пухлини ( $r=+0,43$ ;  $p<0,001$ ). Відповідні коефіцієнти кореляції для показника дорічної летальності становили ( $r=+0,24$ ;  $p<0,001$ ) і ( $r=+0,33$ ;  $p<0,001$ ); для 3-річної виживаності – ( $r=+0,10$ ;  $p<0,05$ ) і ( $r=+0,17$ ;  $p<0,001$ ).

Віддалені онкологічні результати лікування хворих на рак гортані залежно від гістологічного типу і ступеня диференціювання пухлини представлені в табл. 2, рис. 2, 3.

Летальність протягом першого року після лікування у 2,7 раза вище при незроговілих ПРГ, ніж при зроговілих ( $p<0,001$ ). Такі ж достовірні закономірності наголошувалися при порівнянні показників трирічної виживаності – 49,1% і 57,5% відповідно ( $p<0,01$ ).

Не відзначено суттєвих розбіжностей між віддаленими результатами лікування осіб із вискодиференційованими і помірnodиференційованими пухлинами ( $p>0,05$ ). Проте близько половини пацієнтів із низькодиференційованими ПРГ (40–54,8%)

Таблиця 1

#### Залежність показників дорічної летальності і трирічної виживаності хворих на рак гортані від розвитку рецидивів захворювання протягом першого року після лікування

Група осіб	Всього (n)	Протягом 1 року		За 3 роки	
		Померло (n)	Летальність, $M\pm m$ (%)	Померло (n)	3-річна виживаність, $M\pm m$ (%)
Без рецидивів (Rec-)	360	3	0,83 $\pm$ 0,48	94	67,8 $\pm$ 2,8
З рецидивами (Rec+)	98	81	82,7 $\pm$ 3,8	92	4,7 $\pm$ 2,1
P (Rec-) - (Rec+)		$\chi^2$ : $p<0,001$		GWT: $p<0,001$ LRT: $p<0,001$	
Всього	458	84	18,3 $\pm$ 1,8	186	54,5 $\pm$ 2,6

Примітка. 1. 3-річна виживаність обчислюється за методикою Каплана-Мейєра;  
2.  $\chi^2$  - критерій згоди Пірсона; GWT – тест Гехана-Віллоксона; LRT – логранговий тест

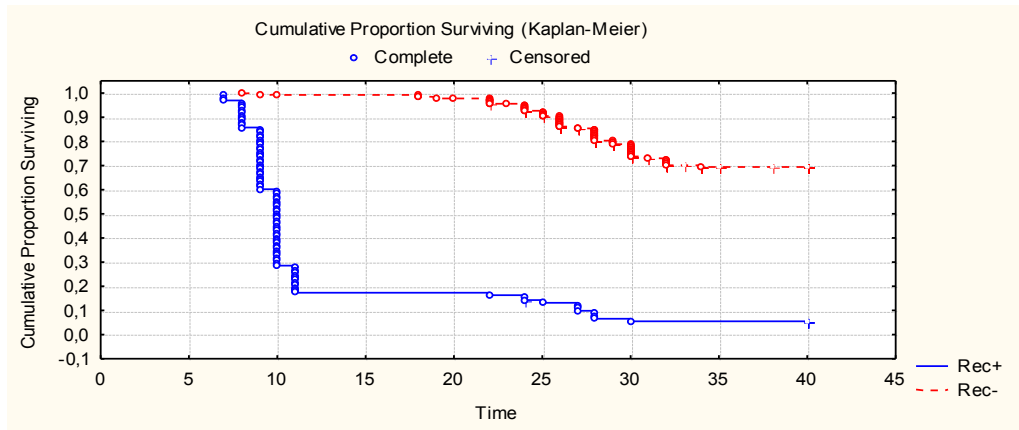


Рис. 1. Криві 3-річної виживаності хворих на рак гортані залежно від розвитку рецидивів захворювання протягом першого року після лікування

померли протягом першого року після лікування, ще 12 осіб – протягом наступних 2-3 років. Отже, розрахована 3-річна виживаність осіб у цій групі

становила 24,2% ( $p < 0,001$  порівняно з іншими ступенями диференціювання ПРГ).

Таблиця 2

**Залежність показників дорічної летальності і трирічної виживаності хворих на рак гортані від гістологічного типу і ступеня диференціювання пухлини**

Група пацієнтів	Всього (n)	Протягом 1 року		За 3 роки	
		Померло (n)	Летальність, $M \pm m$ (%)	Померло (n)	3-річна виживаність, $M \pm m$ (%)
Зроговілі ПРГ	281	31	11,0±1,9	103	57,5±3,3
Незроговілі ПРГ	177	53	29,9±3,4	83	49,1±4,1
P (Зроговілі - незроговілі)		$c^2 : p < 0,001$		GWT: $p < 0,001$ LRT: $p < 0,01$	
Високодиференційовані (G1)	109	9	8,3±2,6	41	54,7±5,7
Помірнодиференційовані (G2)	276	35	12,7±2,0	93	61,4±3,2
Низькодиференційовані (G3)	73	40	54,8±5,8	52	24,2±5,5
P (G1 - G2)		$c^2 : p = 0,219$		GWT: $p = 0,263$ LRT: $p = 0,267$	
P (G1 - G3)		$c^2 : p < 0,001$		GWT: $p < 0,001$ LRT: $p < 0,001$	
P (G2 - G3)		$c^2 : p < 0,001$		GWT: $p < 0,001$ LRT: $p < 0,001$	
Всього	458	84	18,3±1,8	186	54,5±2,6

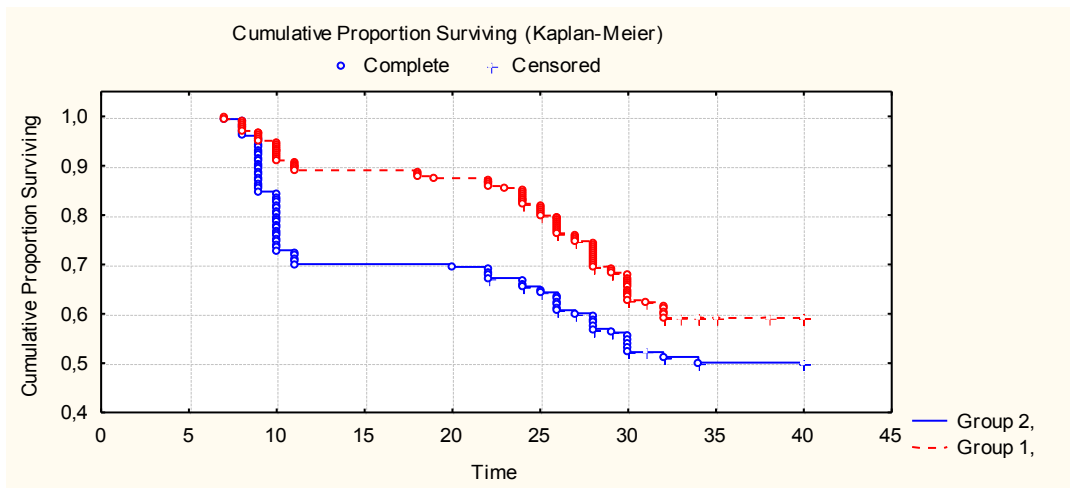


Рис. 2. Криві 3-річної виживаності хворих на рак гортані залежно від гістологічного типу пухлини: група 1 - зроговілі ПРГ; група 2 – незроговілі ПРГ

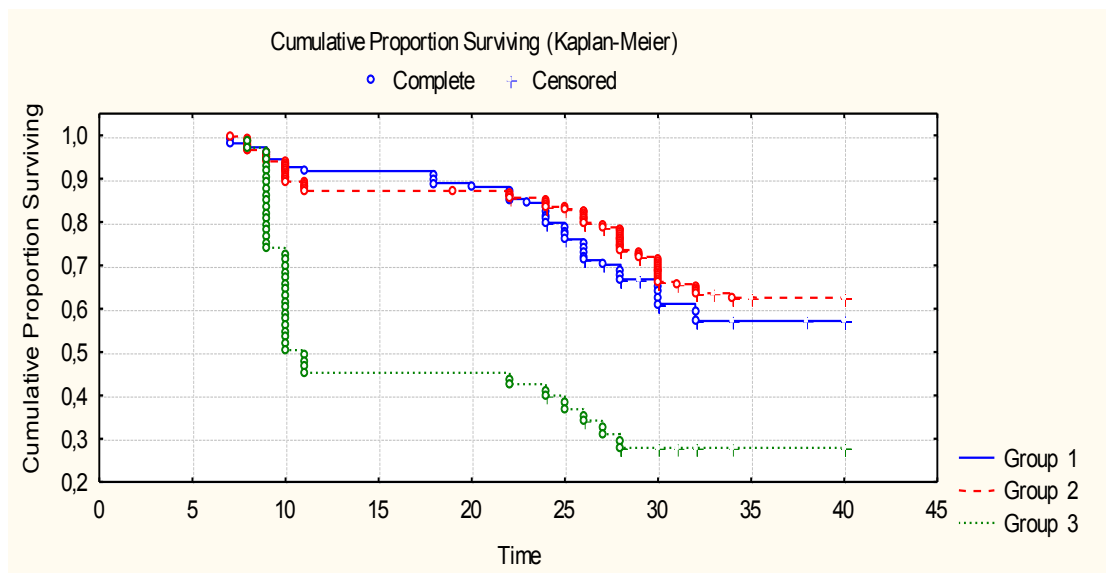


Рис. 3. Криві 3-річної виживаності хворих на рак гортані залежно від ступеня диференціювання пухлини: група 1 – G1; група 2 – G2; група 3 – G3

Проведені спостереження показали, що причинами смерті хворих на РГ з'явилося рецидивування захворювання або віддалене метастазування з подальшим прогресом захворювання.

Показники віддалених онкологічних результатів лікування хворих на рак гортані по групах представлені в табл. 3, рис. 4, 5.

Таблиця 3

Віддалені онкологічні результати лікування хворих на рак гортані по групах

Група пацієнтів	Всього (n)	Протягом 1 року				За 3 роки		
		Рецидиви (n)	Рецидиви, M±m (%)	Померло (n)	Летальність, M±m (%)	Померло (n)	3-річна виживаність, M±m (%)	
1	В/а РВМФ	80	21	26,3±4,9	18	22,5±4,7	33	53,8±6,1
2	В/в РВМФ	70	20	28,6±5,4	17	24,3±5,1	32	47,4±6,7
P (1-2)		c <sup>2</sup> : p=0,750		c <sup>2</sup> : p=0,796		GWT: p=0,461 LRT: p=0,440		
3	В/а ТР	84	13	15,5±3,9	11	13,1±3,7	26	64,4±5,6
4	В/в ТР	62	9	14,5±4,5	8	12,9±4,3	19	59,7±7,1
P (3-4)		c <sup>2</sup> : p=0,873		c <sup>2</sup> : p=0,973		GWT: p=0,635 LRT: p=0,868		
P (1-3)		c <sup>2</sup> : p=0,089		c <sup>2</sup> : p=0,115		GWT: p=0,057 LRT: p=0,101		
P (2-4)		c <sup>2</sup> : p=0,042		c <sup>2</sup> : p=0,096		GWT: p<0,005 LRT: p<0,05		
5	ХЕ + ПТ	70	13	18,6±4,6	12	17,1±4,5	29	50,6±6,6
6	ПТ	33	14	42,4±8,6	10	30,3±8,0	15	46,7±9,1
P (5-6)		c <sup>2</sup> : p<0,010		c <sup>2</sup> : p=0,128		GWT: p=0,198 LRT: p=0,478		
7	ПРГ без неoad'ювантного лікування	59	8	13,6±4,5	8	13,6±4,5	32	35,6±7,1
P (5-7)		c <sup>2</sup> : p=0,442		c <sup>2</sup> : p=0,575		GWT: p=0,069 LRT: p=0,066		
P (6-7)		c <sup>2</sup> : p<0,002		c <sup>2</sup> : p=0,052		GWT: p=0,889 LRT: p=0,581		
Всього		458	98	21,4±1,9	84	18,3±1,8	186	54,5±2,6

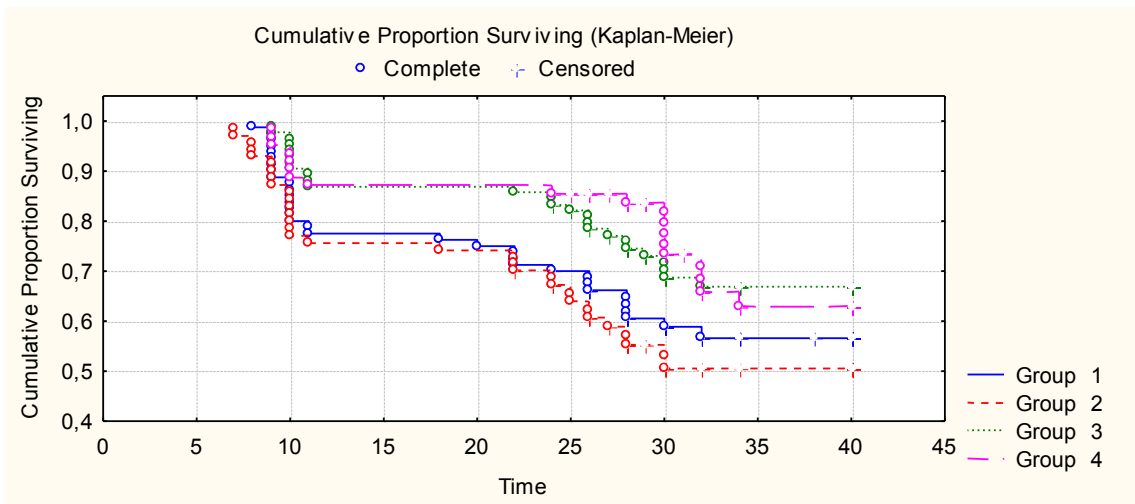


Рис. 4. Криві 3-річної виживаності хворих на рак гортані залежно від схеми лікування: група 1 – в/а PBMF; група 2 – в/в PBMF; група 3 – в/а TP; група 4 – в/в TP

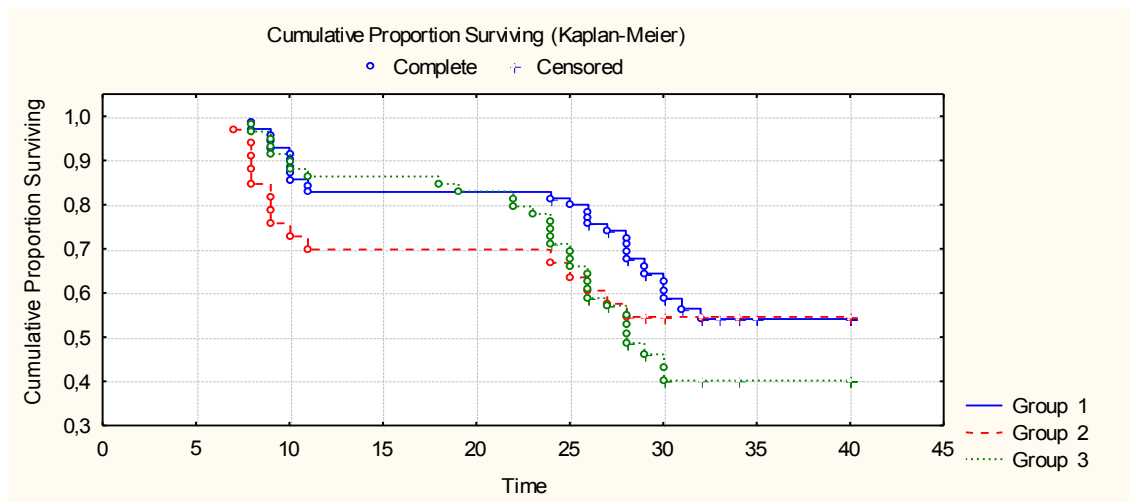


Рис. 5. Криві 3-річної виживаності хворих на рак гортані залежно від схеми лікування: група 1 – ХЕ + ПТ; група 2 – ПТ; група 3 – без неoad'ювантного лікування

Середній показник рецидивів протягом першого року становив 21,4%. При порівнянні по групах цей показник становив 13,6% та був достовірно нижчий у 7-й групі пацієнтів, яка не отримувала неoad'ювантного лікування ( $p < 0,002$ ). При порівнянні цього показника по групах залежно від отриманого виду неoad'ювантної терапії відмічається зниження ранніх рецидивів при застосуванні неад'ювантної поліхіміотерапії на основі таксанів порівняно зі схемою PBMF на 12,5% ( $p < 0,05$ ) та в групі осіб, що отримували хіміоемболізацію порівняно з ПТ на 23,8% ( $p < 0,01$ ), що підтверджує високу ефективність нових методів лікування.

Показник летальності протягом першого року становив 18,3% та не мав достовірних відмінностей по групах осіб залежно від виду отриманого лікування ( $p > 0,05$ ).

Показник 3-річної виживаності становив 54,5%, але був вище на 7,6% ( $p < 0,005-0,05$ ) у групах осіб, які отримували неoad'ювантну поліхіміотерапію на основі таксанів, що підтверджує ефективність даного методу.

Залежності віддалених онкологічних результатів лікування від способу проведення ПХТ або від виду оперативного лікування ми не виявили ( $p > 0,05$ ).

#### Висновки

1. Віддалені результати лікування хворих на рак гортані підтверджують високу ефективність нових методів.

2. Застосування неад'ювантної поліхіміотерапії на основі таксанів призводить до зниження кількості ранніх рецидивів на 12,5% ( $\chi^2$ :  $p = 0,042$ ), підвищуючи показник 3-річної виживаності на 7,6% (GWT:  $p < 0,005$ ; LRT:  $p < 0,05$ ).

3. Застосування селективної внутрішньоартеріальної хіміоемболізації при проведенні променевої терапії призводить до зниження кількості ранніх рецидивів на 23,8% ( $\chi^2$ :  $p < 0,010$ ), не впливаючи на показники 3-річної виживаності (GWT:  $p = 0,198$ ; LRT:  $p = 0,478$ ).

**Перспективи подальших досліджень.** Проведене дослідження підтверджує високу ефективність нових методів при обстеженні і лікуванні онкологічних осіб і зумовлює необхідність по-

дальшої розробки і вивчення складної проблеми лікування хворих на рак гортані. Перспективи подальших розробок пов'язані з вивченням додаткових чинників, які відображають клінічні та морфологічні властивості плоскоклітинного раку гортані.

### Література

1. Абизов Р.А. Онкоотоларингологія. Лекції. / Абизов Р.А. – К.: Книга плюс, 2001. – 272 с.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Гланц С. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
3. Заболотний Д.І. ЛОР-онкозахворюваність в деяких областях України та їх можливий зв'язок з аварією на ЧАЕС / Д.І. Заболотний, Е.В. Лукач, Г.В. Латишевська: зб. наук. пр. «Актуальні питання мікрохірургії вуха та захворювань верхніх дихальних шляхів». – К, 1997. – С. 117-118.
4. Лукач Е.В. Проблеми ЛОР-онкології в Україні / Е.В. Лукач // IX з'їзд оториноларингологів України: тези доповідей. – Київ, 2000. – С. 272-273.
5. Паламарчук В.В. Застосування таргетного препарату у хворих на рак ротової частини глотки // В.В. Паламарчук / Ж. вух., нос. и горл. хвороб. – 2008. – № 6. – С. 68-71.
6. Процик В.С. Нестандартні підходи до хірургічного лікування місцево поширених рецидивних та метастатичних злоякісних пухлин голови та шиї / В.С. Процик: матеріали XI з'їзду онкологів України. – Судак, 2006. – С. 56-57.
7. Рак в Україні, 2004-2005: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / За ред. С.О. Шалімова // Бюл. Нац. канцер-реєстру України. Видання №7. – К., 2006. – С. 94-103.
8. Троян В.И. Современные аспекты лучевого патоморфоза рака гортани / В.И. Троян // Ж. вух., нос. и горл. хвороб. – 2005. – № 2. – С. 58-66.
9. A randomized phase II trial of Taxoter (TXT) with cisplatin (CDDP) or TXT with 5fluorouracil (5FU) in patients (pts) with unresectable locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck / M. Biakhov, J. Shah, P. Betka [et al.] // Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. – 2000. – Vol. 19. – P. 419a.
10. Forastiere A.A. Head and neck cancer: overview of recent developments and future directions / A.A. Forastiere // Semin. Oncol. – 2000. – Vol. 27, Suppl. 8. – P. 1-4.
11. Garden Two-field versus three-field irradiation technique in the postoperative treatment of head-and-neck cancer / S. Yom, W. Morrison, K. Ang [et al.] // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. – 2006. – Vol. 66, N 2. – P. 469-476.
12. Oral Cavity, Pharynx and Larynx Cancer / J.L. Lefebvre, E. Lartigau, A. Kara [et al.] // Prognostic Factors in Cancer 2 ed./ ed. Gospodarowicz M.K. [et al.] – New York: A. John Wiley and sons, 2001. – P. 151-166.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ III-IV СТАДИЙ

*А.В. Ковтуненко*

**Резюме.** Работа посвящена изучению онкологических результатов лечения больных раком гортани III-IV стадий с разным клиническим течением заболевания в зависимости от полученного вида радикального комплексного лечения и морфологического строения опухоли. В исследовании проведен анализ эффективности примененных схем комплексного лечения больных раком гортани, а также других факторов, которые влияют на результат, проанализированы стандартные показатели для онкологических больных: рецидивы до 1 года, летальность до 1 года, трехлетние результаты выживаемости в группах исследуемых больных.

**Ключевые слова:** рак гортани, онкологические результаты.

## THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CANCER OF THE LARYNX OF STAGES III-IV

*A.V. Kovtunenکو*

**Abstract.** The paper deals with a study of the oncologic results of treating patients with cancer of the larynx of stages III-IV with a different course of the disease, depending on the obtained curative treatment and morphological structure of the tumor. An analysis of the efficacy of the instituted holiatry regimens in patients with laryngeal cancer has been carried out in the research, as well as other factors, influencing on the outcome, the standard indices for oncologic patients have also been analyzed: relapses up to 1 year, three-year results of survival in the groups of subjects under study.

**Keywords:** laryngeal cancer, oncologic results.

State Medical Academy (Dnipropetrovs'k)

Рецензент – проф. Р.В. Сенютович

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 4 (60). – P. 26-32

Надійшла до редакції 14.06.2011 року