

П.І. Михайлюк¹, Г.А. Гірна¹, І.Д. Костишин¹, С.С. Цибран², В.В. Бойко², А.Я. Лозинський²,
І.Б. Гуменюк², О.М. Стасів², А.Є. Крижанівська¹

Ретроспективний аналіз радикального лікування хворих на рак гортаноглотки III–IVa стадій

¹Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

²Комунальне некомерційне підприємство «Прикарпатський клінічний онкологічний центр ІФ ОР», Івано-Франківськ, Україна

Одержано 6.05.2025

Прийнято до друку 19.05.2025

DOI: 10.32471/clinicaloncology.2663-466X.34351

Злоякісна патологія гортаноглотки є серйозною проблемою в галузі охорони здоров'я, що спричиняє високу захворюваність та смертність. Останніми десятиліттями схема лікування пацієнтів із плоскоклітинною карциномою гортаноглотки істотно змінилася. Ці зміни можуть суттєво вплинути на виживаність пацієнтів із вказаною онкопатологією. Пухлини гіпофаринкса характеризуються локальною інвазією та лімфатичним поширенням. Так, у 70% пацієнтів на момент діагностики наявне ураження лімфатичних вузлів. Прогноз часто гірший через пізню стадію, яка зазвичай відмічається при виявленні захворювання. Лікування пацієнтів III–IVa стадій згідно зі стандартами Національної мережі багатопрофільних онкологічних закладів США (National Comprehensive Cancer Network — NCCN) призводить до пагубного індивідуального навантаження. Відповідно до даних досліджень, у 75% пацієнтів із раком гортаноглотки виявляються порушення діяльності серцево-судинної системи, у 68% — дихальної. Більш ніж у половини хворих діагностують запальні захворювання легень та верхніх дихальних шляхів. Усе перелічене створює обмеження при виборі способів лікування раку гортаноглотки та підвищує ймовірність розвитку ускладнень під час операцій та в післяопераційний період. Питання доцільності використання певного компонента радикального лікування ускладнює вибір правильної тактики ведення та терапії такого пацієнта, навіть на комісії мультидисциплінарної команди (МДК), та залишається актуальним. *Матеріали та методи дослідження.* Здійснено аналіз даних архівних історій усіх хворих з 2014 до 2023 р., котрі отримували радикальне лікування через онкопатологію гортаноглотки. Розглянуто 123 пацієнтів, хворих на рак гортаноглотки III–IVa стадій, що підлягали радикальному ліванню при первинному зверненні. *Результати та висновки.* Виживаність пацієнтів відповідає загальносвітовим тенденціям, однак потребує підвищення за допомогою ранньої діагностики та впровадження сучасних терапевтичних підходів. Супутні хвороби мають значний вплив на виживаність пацієнтів з раком гортаноглотки.

Ключові слова: рак; плоскоклітинний; гортань; гортаноглотка; діагностика; лікування; променева; хіміотерапія.

ВСТУП

Злоякісні новоутворення голови та ший посідають 6-те місце за поширеністю серед загальної онкопатології у всьому світі. Гортань та гортаноглотка за частотою ураження є основними локалізаціями серед пухлин голови та ший [1–4].

У бюлетені Національного канцер-реєстру України окремо не виділені показники щодо раку різних відділів глотки — носоглотки, ротоглотки та гортаноглотки. Кількість випадків в Україні в цілому виключена у зв'язку з неможливістю отримання даних від деяких регіонів. Однак згідно з представленими даними Національного канцер-реєстру захворюваність на рак гортані та глотки в Україні становить 3,1 та 4,1 на 100 тис. населення відповідно, а смертність — 1,7 та 2,7 на 100 тис. населення.

Злоякісна патологія гортаноглотки є серйозною проблемою у сфері охорони здоров'я, що спричиняє значну захворюваність та смертність. Ця локалізація злоякісного утворення була та залишається актуальною та значущою проблемою в сучасній онкології. Органи голови та ший тісно об'єднані анатомічним сусідством, мають спільні, а часто і однакові шляхи регіонарного метастазування. Рак гортані та гортаноглотки є складним захворюванням, яке загалом спричинене різними генетичними факторами та чинниками навколишнього середовища [5–8].

Основними методами лікування пацієнтів із раком гортаноглотки є променевий, хірургічний, хіміотерапевтичний та комбінований (рис. 1–2). Променева терапія є методом вибору для багатьох хворих на рак. Залишкова пухлина призводить до місцевого рецидиву після періоду рівноваги, створеної між проліферувальними, неактивними раковими клітинами та такими, що вмирають.

Комбіноване лікування пацієнтів з раком гортаноглотки вважається найбільш результативним вибором тактики лікування у порівнянні з хірургічним, хіміотерапевтичним та променевим [9]. Порівнюючи ці методи між собою, саме комбінований метод має найкращі результати виживаності та вважається радикальним.

Передопераційне опромінення з хіміотерапевтичним потенціюванням — основа радикального методу лікування, метою якого є вплив на мікрометастази в зонах можливого поширення ракових клітин та лімфатичних вузлах. Однак цей метод має низку недоліків.

Хірургічне лікування пухлин гортаноглотки пізніх стадій (III–IVa) потребує інших способів реконструкції, що залежать від поширення пухлини у прилеглі структури (шийний відділ стравоходу, м'які тканини ший, ротоглотку). Зокрема, якщо новоутворення поширюється у верхнє середостіння або є синхронна пухлина грудного відділу стравоходу, циркулярну фаринголаринготомію необхідно поєднувати з екстирпацією стравоходу [10, 11]. У цьому випадку пластика шлунковим стеблом вважається стандартом через належне кровопостачання, відносну легкість позиціонування та наявність єдиного фарингогастроанастомозу.

Лікування пацієнтів III–IVa стадій згідно зі стандартами NCCN (рис. 1–2) спричиняє пагубне індивідуальне навантаження. Відповідно до даних досліджень, у 75% пацієнтів із раком гортаноглотки виявляються порушення діяльності серцево-судинної системи, у 68% — дихальної. Більш ніж у половини хворих діагностуються запальні захворювання легень та верхніх дихальних шляхів. Усе перелічене створює обмеження при виборі способів лікування раку гортаноглотки та підвищує ймовірність розвитку ускладнень під час операцій та в післяопераційний період. Пацієнти не здатні отримати



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines, версія 1.2023

Рак гортаноглотки

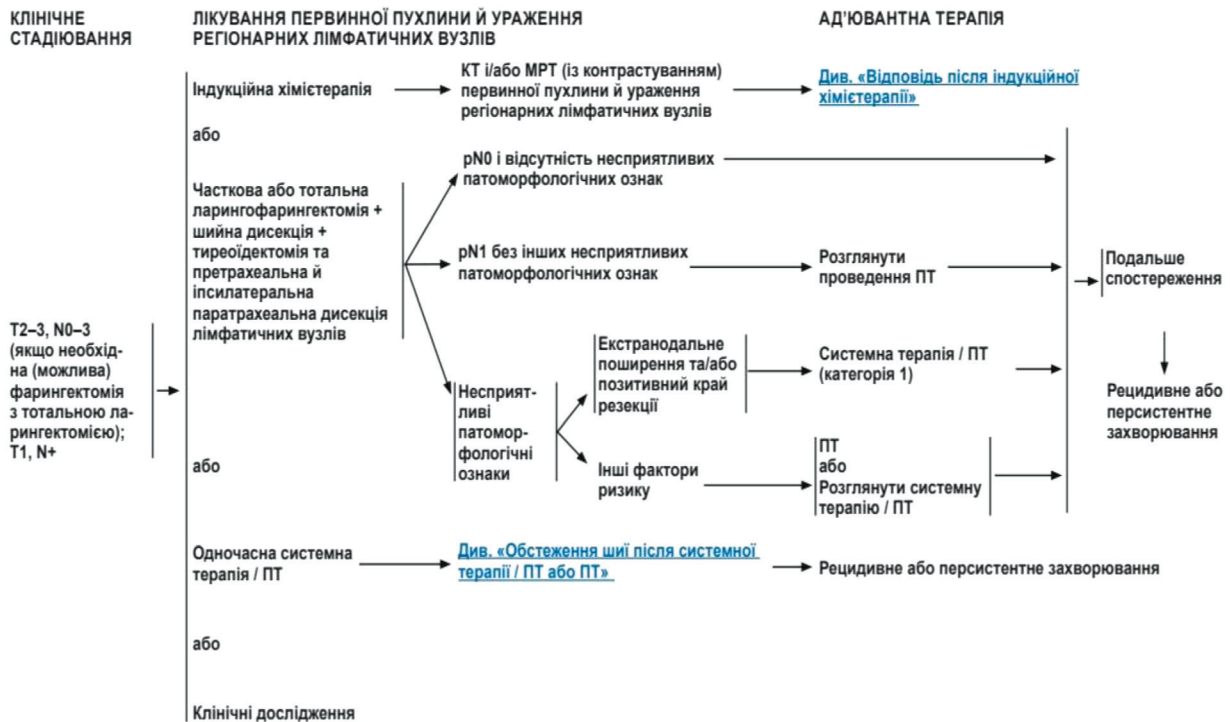


Рис. 1. Лікування згідно зі стандартами NCCN пацієнтів із пухлинами гортаноглотки III стадії (www.nccn.org/guidelines/nccn-guidelines)

2



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines, версія 1.2023

Рак гортаноглотки

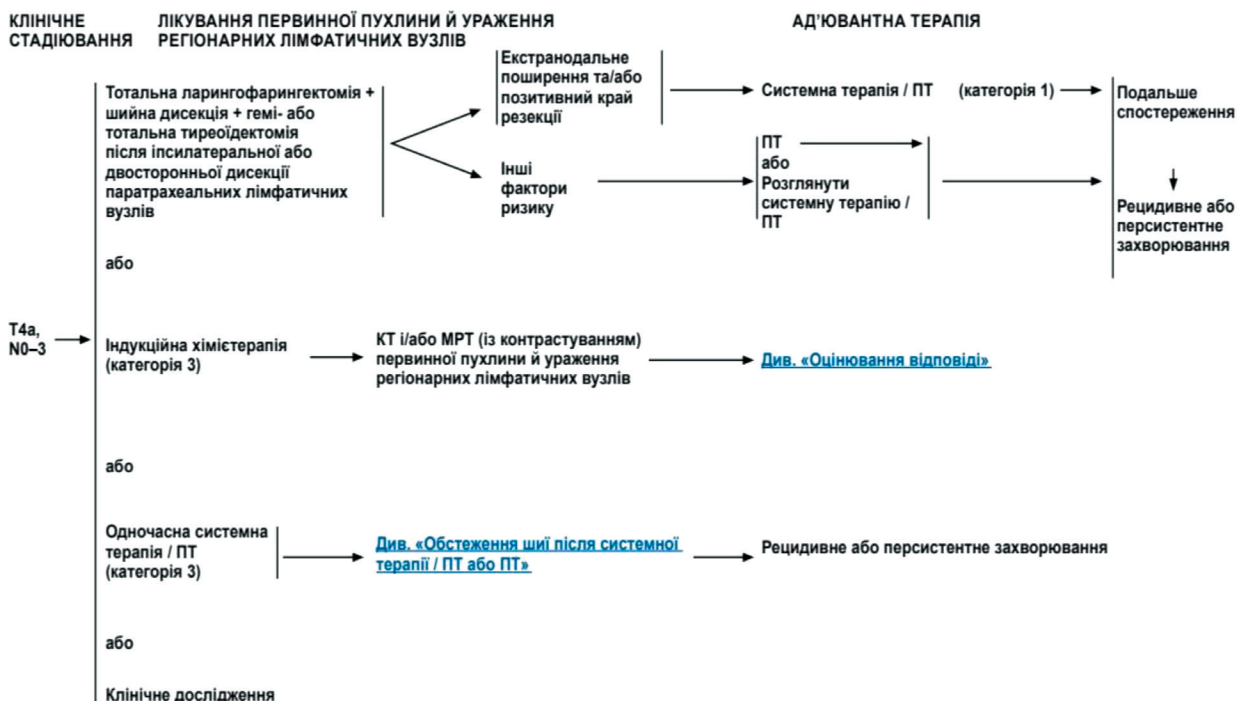


Рис. 2. Лікування згідно зі стандартами NCCN пацієнтів з пухлинами гортаноглотки IVa стадії (www.nccn.org/guidelines/nccn-guidelines)

Таблиця 1. Характеристика пацієнтів з раком гортаноглотки III–IVa стадій

Характеристика пацієнтів	III стадія				IVa стадія				
Кількість, n (%)	66 (54%)				57 (46%)				
Стать	Чоловіки – 66 (54%)				Чоловіки – 52 (42%) Жінки – 5 (4%)				
Вік, років	62,29				62,52				
Наявність уражених лімфатичних вузлів	N0		N1		N0		N1		N2
	12 (10%)		54 (44%)		1 (1%)		6 (5%)		50 (40%)
Тип росту пухлини	Екзофіт	Ендофіт	Екзо- / ендофіт		Екзофіт	Ендофіт		Екзо- / ендофіт	
	40 (33%)	14 (11%)	12 (10%)		29 (23%)	18 (15%)		10 (8%)	
Ступінь диференціації пухлини	G1	G2	G2–3	G3	G1	G1–2	G2	G2–3	G3
	5 (4%)	31 (25%)	11 (9%)	19 (15%)	7 (6%)	1 (1%)	31 (25%)	2 (2%)	16 (13%)
Наявність супутньої патології	Відсутня		Наявна		Відсутня		Наявна		
	18 (15%)		48 (39%)		19 (15%)		38 (31%)		

Таблиця 2. Характеристика ускладнень під час лікування

Ускладнення під час лікування	Фарингостома		Профузна кровотеча зі шлунка	Рання післяопераційна кровотеча	Профузна кровотеча з магістральних судин		Анемія	Лейкопенія	Постпроменевий індурації
Стадія	III	IVa	III	III	III	IVa	IVa	IVa	IVa
Кількість хворих, n (%)	8 (73%)	3 (34%)	1 (11%)	1 (11%)	1 (11%)	1 (11%)	3 (34%)	1 (11%)	1 (11%)

лікування в повному обсязі, оскільки часто у них наявні супутні патології та порушення загального стану. У цьому разі вибір тактики лікування залежить від суб'єктивної думки лікарів. Питання доцільності використання певного компонента радикального лікування ускладнює вибір правильної тактики ведення та лікування такого пацієнта, навіть на комісії МДК, та залишається актуальним.

Практична складність вибору тактики лікування раку гортані та гортаноглотки зумовлюється пізньою діагностикою, яка, своєю чергою, пов'язана як з тривалим прихованим перебігом захворювання, обширним і раннім метастазуванням, так і різноманітним клінічним проявом цієї злоякісної пухлини. Лікування пацієнтів, що хворі на рак гортані та гортаноглотки, залишається нагальною проблемою в сучасній онкології, оскільки підвищення показника ранньої діагностики не фіксується, а це наразі є єдиним фактором, який може вплинути на тривалість життя хворих і підходи до лікування раку гортаноглотки [12].

Мета дослідження: провести ретроспективний аналіз виживаності пацієнтів з раком гортаноглотки III–IV стадій, що отримали радикальне лікування з 2014 до 2023 р. з оцінкою ефективності лікування.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У умовах Комунального некомерційного підприємства «Прикарпатський клінічний онкологічний центр Івано-Франківської обласної ради», у спеціалізованому хірургічному відділенні № 2 з 2014 до 2023 р. знаходилося на лікуванні 123 хворих з діагнозом раку гортаноглотки, серед яких було 5 жінок.

Віковий діапазон становив 40–87 років, середній вік хворих — 62,41. Усі хворі на початку лікування підлягали радикальному лікуванню.

Хворим проведено такі обстеження, як фібрларингоскопія з біопсією, ультразвукове дослідження лімфатичних вузлів ший та надключичних ділянок, спіральну комп'ютерну томографію та інші інструментальні та лабораторні дослідження.

Стадіяльність захворювання становила: III стадія — 66 (54%) пацієнтів, IVa стадія — 57 (46%) осіб.

Наявність ураження лімфатичного вузла однобічно (N1) відмічено у 60 (49%) хворих, двобічно (N2) у 50 (41%) пацієнтів, і у 13 (10%) осіб на момент первинного звернення були відсутні ознаки ураження регіонарних лімфатичних вузлів (N0). У III стадії — 12 (10%) пацієнтів без наявних ознак уражених

л/в (N0), у 54 (44%) осіб зафіксовано ураження лімфатичних вузлів (N1), а у IVa стадії N0 — 1 (1%), N1 — 6 (5%), N2 — 50 (40%) пацієнтів.

Характеристика пухлини залежно від типу росту: переважала екзофітна форма, що виявлена у 69 (56%) осіб, ендофітна — у 32 (26%) хворих, а змішана форма раку гортаноглотки діагностована у 22 (18%) пацієнтів.

За ступенем диференціації пухлини переважав ступінь G2 у 62 (50%) осіб та G3 у 35 (28%) пацієнтів. Значно рідше відмічено ступінь G1 — у 12 (10%) хворих, G1–2 — у 1 (1%) хворого, а G2–3 — у 13 (11%) пацієнтів.

6 (5%) пацієнтів перед початком лікування прибули ургентно для накладання трахеостоми через субстенноз, що свідчило про значне поширення процесу.

Лева частка хворих, а саме 70%, на момент первинного звернення мали наявні супутні патології. Найчастішими супутніми захворюваннями встановлено серцево-судинні, які склали 55% (табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТИ

Ускладнення від лікування відмічено у 9 (7%) пацієнтів, та рідко зафіксовано їхнє поєднання в одного пацієнта. Найчастіше розвивалося ускладнення у вигляді фарингостоми — у 7 (6%) пацієнтів, оскільки об'єм резековані слизової оболонки значно ускладнював закриття цього дефекту власними суміжними тканинами. Анемію після циклів поліхіміотерапії (ПХТ) діагностовано у 2 (2%) пацієнтів. Профузну кровотечу зі шлунка відмічено у 1 (1%) хворого, рання післяопераційна кровотеча виникла у 1 (1%) особи, профузну кровотечу з магістральних судин відмічено у 1 (1%) пацієнта внаслідок масивного ураження магістральних судин ший метастатично ураженими лімфатичними вузлами. Постпроменевий індурації описаний лише в 1 (1%) випадку (табл. 2).

Рецидивів відмічено у 30 (24%) хворих. Виникав він у період від 1 міс до 5 років, у середньому — 9 міс. У 3 (10%) осіб рецидив виник на тлі лікування.

У III стадії у термін до 3 міс рецидив розвивався у 7 (27%) пацієнтів, до 1 року — у 11 (42%) осіб, до 3 років зафіксовано у 4 (15%) хворих, до 5 років — у 1 пацієнта, що був залучений у клінічні дослідження та одержував онкоімунотерапію. На тлі лікування рецидив виник у 3 (12%) осіб.

Таблиця 3. Терміни виникнення рецидивів

Термін виникнення рецидиву	До 3 міс		До 1 року		До 3 років		До 5 років	На тлі лікування
Стадія	III	IVa	III	IVa	III	IVa	III	III
Кількість хворих, n (%)	7 (27%)	2 (20%)	11 (42%)	5 (50%)	4 (15%)	3 (30%)	1 (4%)	3 (12%)

Таблиця 4. Локалізація рецидивів

Локалізація рецидиву	Місцеве — слизова оболонка глотки		Ураження лімфатичних вузлів		Легені, плевра	Головний мозок		Слизова трахеостоми	М'які тканини спини
Стадія	III	IVa	III	IVa	III	III	IVa	IVa	IVa
Кількість хворих, n (%)	3 (18%)	5 (50%)	13 (72%)	2 (20%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)

Таблиця 5. Вживаність хворих на рак гортаноглотки за стадіями

Стадія	III стадія							IVa стадія					
Вживаність	До 1 року	До 3 років	До 5 років	До 8 років	Живі 2 роки	Живі 3 роки	Живі 8 років	До 1 року	До 3 років	До 5 років	Живі 2 роки	Живі 5 років	Живі 6 років
Кількість хворих, n (%)	28 (42%)	24 (36%)	2 (3%)	3 (5%)	5 (8%)	1 (1%)	3 (5%)	41 (72%)	8 (14%)	2 (3%)	3 (5%)	2 (4%)	1 (2%)

У IVa стадії до 3 міс рецидивів відмічено у 2 (20%), до 1 року — у 5 (50%), до 3 років — у 3 (30%) пацієнтів (табл. 3).

Місцевий рецидив відмічено у 13 (43%) пацієнтів від загальної кількості тих, у кого розвинувся рецидив, а рецидивне метастатичне ураження лімфатичних вузлів ший після радикального лікування відмічено у 12 (40%) хворих. У 2 (7%) пацієнтів діагностовано метастатичне ураження головного мозку. Значно рідше виявлялося поширення захворювання в легені — 1 (3%), плевру — 1 (3%), слизову оболонку трахеостоми — 1 (3%), м'які тканини спини — 1 (3%) (табл. 4).

Результати ефективності лікування раку гортаноглотки також оцінювали шляхом обчислення виживаності хворих. Вживаність до 1-го року у пацієнтів з III стадією відмічена у 28 (42%) пацієнтів, до 3 років — у 24 (36%), до 5 років — у 2 (3%), до 8 років — у 3 (5%), а 9 (14%) осіб досі перебувають на обліку і спостереженні чи продовжують отримувати лікування. 5 (8%) пацієнтів — до 2 років від початку лікування, до 3 років — 1 (1%) хворий, до 8 років — 3 (5%) особи.

Вживаність до 1 року у пацієнтів з IVa стадією відмічена у 41 (72%) осіб, до 3 років — у 8 (14%), до 5 років — у 2 (3%), а 6 (11%) хворих досі перебувають на обліку і спостереженні чи продовжують отримувати лікування. 3 (5%) пацієнти — до 2 років від початку лікування, до 5 років — 2 (4%) особи, до 6 років — 1 (2%) пацієнт (табл. 5).

ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз результатів лікування 123 пацієнтів із раком гортаноглотки свідчить про переважання чоловіків серед хворих, що відповідає загальним тенденціям стосовно цієї патології. Середній вік пацієнтів становив 62,41 року, що є типовим для цього захворювання. Більшість хворих (54%) мали III стадію захворювання, тоді як IVa стадію діагностовано у 46% випадків. Наявність ураження лімфатичних вузлів була значною: у 90% пацієнтів зафіксовано метастази в регіонарні лімфатичні вузли, що свідчить про агресивний перебіг процесу.

Домінантною формою росту пухлини була екзофітна (56%), що є важливим фактором при виборі хірургічної тактики. Відзначено значну поширеність супутньої патології, що могла впливати на вибір методів лікування та прогноз: ішемічну хворобу серця виявлено у 42%, хронічний бронхіт — у 15%, артеріальну гіпертензію — у 13% пацієнтів.

Частота ускладнень лікування була відносно невисокою (7%), найбільш поширеним з яких встановлено фарингостому (6%). Важливим аспектом є значна частота рецидивів (24%), що свідчить про необхідність удосконалення лікувальних підходів та тривалішого спостереження пацієнтів.

Аналіз виживаності осіб із раком гортаноглотки свідчить про суттєві відмінності між пацієнтами з III–IVa стадіями захворювання. У результатах дослідження виявлено, що загальна виживаність поступово знижується з часом в обох групах, проте темпи цього зниження відрізняються залежно від стадії патології.

Серед пацієнтів із III стадією захворювання виживаність до 1 року після початку лікування становила 42%, що свідчить про відносно сприятливий прогноз на ранніх етапах. Однак подальше зменшення частки виживаності до 3 (36%) та 5 років (3%) свідчить про високу ймовірність прогресування пухлинного процесу. Варто зазначити, що 14% пацієнтів залишаються під наглядом або продовжують лікування, що є ознакою контрольованого, проте тривалого перебігу хвороби у частини хворих.

У пацієнтів з IVa стадією захворювання початкові показники виживаності вищі — 72% до 1 року, що може бути наслідком агресивного лікування або раннього виявлення у частини хворих. Проте уже до 3 років цей показник суттєво знижується до 14%, а до 5 років — до 3%, що підтверджує агресивність пухлинного процесу та його стійкість до терапії. Водночас 11% пацієнтів досі перебувають під наглядом або отримують лікування, що може вказувати на індивідуальну відповідь на терапію та можливі тривалі ремісії.

Особливу увагу слід приділити аналізу виживаності впродовж окремих часових інтервалів. Наприклад, серед пацієнтів з III стадією захворювання 8% не дожили до 2 років, а ще 1% померли до 3 років, що свідчить про прогресуючий перебіг хвороби у частини хворих. Водночас тривалу виживаність (до 8 років) відмічено у 5% пацієнтів, що свідчить про ефективність індивідуально підібраних схем лікування. У групі пацієнтів з IVa стадією аналогічні тенденції проявляються ще більш виражено: 5% хворих не дожили до 2 років, 4% — до 5 років, а 2% — до 6 років.

Отже, отримані результати підкреслюють необхідність вдосконалення терапевтичних підходів, спрямованих на подовження тривалості життя та підвищення якості життя пацієнтів із раком гортаноглотки. Особливу увагу слід приділити розробці персоналізованих схем лікування, що враховують прогностичні фактори та індивідуальну відповідь пацієнтів на терапію. Подальші дослідження мають бути зосереджені на оптимізації лікувальних стратегій, впровадженні нових терапевтичних методів та оцінці їхньої ефективності в довгостроковій перспективі.

ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать про високу частоту рецидивів у хворих на рак гортаноглотки III–IVa стадії, що виникли у 30 (24%) випадках (у 43% — місцевий, у 40% — метастатичне ураження лімфатичних вузлів ший). Смертність до року зафіксова-

но у 42% пацієнтів III стадії та у 72% — IVa стадії. 3-річна загальна виживаність хворих на рак гортаноглотки III стадії становила 36%, а 5-річна — 3%; при стадії IVa — 14 та 3% відповідно.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Britt, C. J., & Gourin, C. G. (2017). Contemporary management of advanced laryngeal cancer. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 2, 307–309. doi: 10.1002/liv.2.85.
2. Forastiere, A. A., Ismail, N., Lewin, J. S., Nathan, C. A., Adelstein, D. J., Eisbruch, A., ... Wolf, G. T. (2018). Use of larynx-preservation strategies in the treatment of laryngeal cancer: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 36(11), 1143–1169. doi: 10.1200/JCO.2017.75.7385.
3. García-León, F. J., García-Estépa, R., Romero-Tabares, A., & Gómez-Millán, B. J. (2017). Treatment of advanced laryngeal cancer and quality of life. Systematic review. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 68, 212. doi: 10.1016/j.otorri.2016.11.005.
4. Obid, R., Redlich, M., & Tomeh, C. (2019). The treatment of laryngeal cancer. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 31(1), 1–11. doi: 10.1016/j.coms.2018.09.001.
5. Licitra, L., Bernier, J., Grandi, C., Locati, L., Merlano, M., Gatta, G., & Lefebvre, J. L. (2003). Cancer of the larynx. *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, 47(1), 65–80. doi: 10.1016/S1040-8428(03)00017-9.
6. Nocini, R., Molteni, G., Mattiuzzi, C., & Lippi, G. (2020). Updates on larynx cancer epidemiology. *Chinese Journal of Cancer Research*, 32(1), 18–25. doi: 10.21147/J.ISSN.1000-9604.2020.01.03.
7. Steuer, C. E., El-Deiry, M., Parks, J. R., Higgins, K. A., & Saba, N. F. (2017). An update on larynx cancer. *Cancer Journal for Clinicians*, 67(1), 31–50. doi: 10.3322/caac.21386.
8. Tomeh, C., & Holsinger, F. C. (2014). Laryngeal cancer. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 22(2), 147–153. doi: 10.1097/MOO.0000000000000032.
9. Maniati, A., Lechien, J. R., Caruso, S., Nocera, F., Ferlito, S., Iannella, G., ... Mantia, I. (2024). Voice-Related Quality of Life After Total Laryngectomy: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Voice*, 38(2), 539. doi: 10.1016/j.jvoice.2021.09.040.
10. Issa, M. R., Samuels, S. E., Bellile, E., Shalabi, F. L., Eisbruch, A., & Wolf, G. (2015). Tumor volumes and prognosis in laryngeal cancer. *Cancers*, 7, 2236–2261. doi: 10.3390/cancers7040888.
11. Hanaoka, N., Ishihara, R., Takeuchi, Y., Suzuki, M., Otozai, S., Kida, K., ... Tomita, Y. (2015). Endoscopic submucosal dissection as minimally invasive treatment for superficial pharyngeal cancer: a phase II study (with video). *Gastrointestinal Endoscopy*, 82, 1002–1008. doi: 10.1016/j.gie.2015.06.021.
12. Forastiere, A. A., Goepfert, H., Maor, M., Pajak, T. F., Weber, R., Morrison, W., ... Cooper, J. (2003). Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. *New England Journal of Medicine*, 349(22), 2091–2098. doi: 10.1056/NEJM0A031317.

Retrospective analysis of radical treatment of patients with stage III–IV laryngeal cancer

P.I. Mykhailiuk¹, G.A. Hirna¹, I.D. Kostyshyn¹, S.S. Tsybran², V.V. Boyko², A.Ya. Lozynsky², I.B. Gumenyuk², O.M. Stasiv², A.E. Kryzhanivska¹

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

²Municipal Nonprofit Enterprise «Prykarpattia Clinical Oncology Center of Ivano-Frankivsk Regional Council», Ivano-Frankivsk, Ukraine

Summary. Malignant hypopharyngeal pathology represents a significant healthcare challenge, contributing to considerable morbidity and mortality. The treatment approach for patients

with squamous cell carcinoma of the hypopharynx has changed substantially over recent decades. These changes may have a notable impact on the survival of patients with this oncologic condition. Hypopharyngeal tumors are characterized by local invasion and lymphatic spread. At the time of diagnosis, lymph node involvement is present in approximately 70% of patients. The prognosis is often poor due to the advanced stage typically observed at the time of disease detection. According to National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines, treatment of stages III–IVa patients carries a significant individual burden. Studies report cardiovascular dysfunction in 75% of patients with hypopharyngeal cancer, while 68% present with respiratory system impairments. More than half of the patients are diagnosed with inflammatory diseases of the lungs and upper respiratory tract. These factors impose restrictions on the selection of treatment strategies and increase the risk of complications during surgery and in the postoperative period. The question of the appropriateness of certain components of radical treatment complicates the decision-making process for optimal patient management, even within multidisciplinary tumor boards, and remains highly relevant. **Materials and methods.** A retrospective analysis was conducted using archived medical records of all patients treated with curative intent for hypopharyngeal cancer from 2014 to 2023. A total of 123 patients with stages III–IVa hypopharyngeal carcinoma who underwent radical treatment at initial presentation were reviewed. **Results and conclusions.** Patient survival corresponds to global trends, yet improvement is needed through earlier diagnosis and the implementation of modern therapeutic approaches. Comorbid conditions significantly impact survival in patients with hypopharyngeal cancer.

Key words: cancer; squamous cell carcinoma; larynx; hypopharynx; diagnosis; treatment; radiotherapy; chemotherapy.

Адреса для листування:

Михайлюк Петро

76018, Україна, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2

Комунальне некомерційне підприємство «Прийкарпатський клінічний онкологічний центр ІФ ОР»

E-mail: dr.mykhailiuk@gmail.com

Correspondence:

Petro Mykhailiuk

2 Halytska str., Ukraine, Ivano-Frankivsk, 76018

Municipal Nonprofit Enterprise «Prykarpattia Clinical Oncology Center of Ivano-Frankivsk Regional Council»

E-mail: dr.mykhailiuk@gmail.com