

Б. М. Алиев, Т. П. Чуприк-Малиновская,
И. А. Гладилина, А. Е. Храмьшев

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА НЕУДАЧ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА НОСОГЛОТКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

НИИ клинической онкологии

Лучевая терапия занимает ведущее место в лечении рака носоглотки [1—3]. Согласно данным литературы и результатам наших клинических наблюдений [1, 10, 14], 5 лет и более после лучевой или химиолучевой терапии живут 30—40% больных с III—IV стадией заболевания, 80—90% больных с I—II стадией. Остальной контингент, который формируется из больных с рецидивными, остаточными и метастатическими опухолями, погибает от неудач лечения [4, 7, 11—13].

Неудачи лечения при раке носоглотки не всегда означают фатальный исход заболевания. При современных клинических возможностях многим из этих больных может быть оказана эффективная помощь [4, 13]. Занимаясь этой проблемой в течение последних 12 лет, мы располагаем определенным опытом в лечении подобных больных. Итогам этих наблюдений посвящена данная работа.

Материалы и методы. В течение 1979—1988 гг. в отделении клинической лучевой терапии ОНЦ закончили радикальный курс лучевой или химиолучевой лечения 266 больных с морфологически подтвержденным диагнозом рака носоглотки. I—II стадия обнаружена у 8 (3%), III — у 57 (21%) и IV — у 201 (76%) больного. Неудачи лечения в сроки наблюдения от 2 до 9 лет выявлены у 128 из 266 больных.

Повторному лечению подвергнут 71 больной из 86 с остаточными или рецидивными опухолями. Одному больному с остаточными лимфоузлами на шее была выполнена операция Крайля с последующей полихимиотерапией.

Выбор повторных условий облучения определялся индивидуальными особенностями проявления опухолевого процесса и клиническим состоянием больных. В зависимости от показаний применяли гамма-электронное или фотонное излучение. При больших размерах остаточной или рецидивной опухоли в носоглотке облучение проводили на гамма-установках в режиме секторной ротации с углом 240°, размером полей 5х6 — 6х6 см. При использовании фотонного пучка облучение носоглотки проводили с 2 височных противоположащих полей размером 5х6, 6х6 см, энергией излучения 18—20 МэВ. Разовая очаговая доза (РОД) составляла 2 Гр 5 раз в неделю, суммарная (СОД) — 30—40 Гр. У 15 больных облучение проводили в режиме расщепленного курса до СОД 60 Гр. При небольших остаточных или рецидивных новообразованиях дополнительное облучение проводили на внутриполостном аппарате «Селектрон» источниками цезия РОД 7 Гр 1 раз в неделю, всего 3 сеанса, или же по 3 Гр через день до СОД 30—36 Гр. При единичных остаточных или рецидивных лимфоузлах на шее лучевую терапию осуществляли электронным пучком энергией 6—12 МэВ по 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 40—45 Гр.

Химиотерапию проводили препаратами платидиам, адриабластин, блеомицин, циклофосфан, винбластин и метотрексат в общепринятых схемах и дозировках. Чаще всего применяли 2 или 3 цикла полихимиотерапии.

Попытка лечения больных с отдаленными метастазами рака носоглотки носила чаще всего симптоматический характер. При солитарных метастазах в кости облучение проводили по 4 Гр 5—6 раз в неделю, СОД 20—24 Гр. У 1 больной с увеличенными лимфоузлами забрюшинного пространства лучевая терапия, давшая эффект, была осуществлена через решетчатую диафрагму, РОД 4 Гр, СОД 85 Гр.

Результаты. Неудачи лечения были выявлены у 128 больных из 266, закончивших радикальный курс лучевой (41 из 83 больных, 49%) или химиолучевой терапии (87 из 183 больных, 48%) 2—9 лет тому назад. У 41 больного из 128 с неудачами лечения определяли остаточные опухоли, у 45 — рецидивные опухоли, у 69 — отдаленные

Б. М. Алиев, Т. П. Чуприк-Малиновская,
И. А. Гладилина, А. Е. Храмьшев

FAILURE IN TREATMENT FOR NASOPHARYNGEAL CARCINOMA: ANALYSIS AND SECOND MANAGEMENT

Cancer Research Center RAMS

Radiotherapy is the main modality of treatment for nasopharyngeal cancer [1—3]. According to the literature [1, 10, 14] and our clinical findings 30—40% of stage III—IV and 80—90% of stage I—II patients survive 5 years following radio- or chemoradiotherapy. The rest of the patients die from treatment failures as disease recurrence, residual or metastatic lesions [4, 7, 11—13].

Treatment failures are not necessarily fatal. Modern clinical techniques may be effective in many of these cases [4, 13]. We have a 12-year experience in treatment of such patients and want to share it in this paper.

Materials and Method. During 1979—1988 266 patients with morphologically verified nasopharyngeal carcinoma completed radical radio- or chemoradiotherapy at the Unit of Clinical Radiotherapy of the CRC. There were 8 (3%) stage I—II, 57 (21%) stage III, and 201 (76%) stage IV cases. Treatment failures were detected during 2—9-year follow-ups in 128 of the 266 cases.

Second treatment received 71 of 86 patients with residual or recurrent lesions. One patient underwent Crile surgery for residual cervical lymph nodes with polychemotherapy to follow.

Second radiotherapy regimens were determined by individual disease characteristics and patients' clinical condition. Gamma-electron or photon irradiation was applied depending upon indications. In cases with gross residual or recurrent nasopharyngeal lesions the therapy consisted of gamma-irradiation in a sector rotation mode at 240° with field size 5x6 to 6x6 cm. Photon irradiation was performed from two opposing temporal fields 5x6 to 6x6 cm at 18—20 MeV. Single tumor dose (STD) was 2 Gy 5 times a week, total tumor dose (TTD) 30—40 Gy. In 15 cases radiotherapy was given in a split course up to a TTD 60 Gy. In cases with small residual or recurrent lesions the additional radiotherapy was performed using a Selectron cesium interstitial irradiation unit at a STD 7 Gy once a week in three irradiations, or at 3 Gy every other day up to a TTD 30—36 Gy. In cases with solitary residual or recurrent cervical lymph nodes the radiotherapy was given with a 6—12 MeV electron beam at 2 Gy 5 times a week up to a TTD 40—45 Gy.

Chemotherapy with platidiam, adriablastine, bleomycin, cyclophosphamide, vinblastine and methotrexate was performed by standard dosage and schedules. 2—3 cycle polychemotherapy was the most common.

Treatment of patients with distant nasopharyngeal cancer metastases was mainly symptomatic. In cases with solitary bone metastases radiotherapy was given at 4 Gy 5-6 times a week, TTD 20—24 Gy. One patient with enlarged retroperitoneal lymph nodes received irradiation through a grid diaphragm at a STD 4 Gy, a TTD 85 Gy and showed response.

Results. Treatment failures were detected in 128 of the 266 patients completing radical radiotherapy (41/83, 49%) or chemoradiotherapy (87/183, 48%) 2—9 years before. Of the 128 treatment failures there were 41 residual and 45 recurrent lesions, and 69 distant metastases including 42 cases with cured primary cancers.

Of the 41 cases with residual lesions following radio- or chemoradiotherapy tumor sites were: nasopharynx only (11), cervical lymph nodes (19), ansopharynx and cervical lymph nodes (11). We failed to find any correlation of primary lesion advance and frequency of residual tumors. The rate of residual tumors was 14% in T1, 20% in T2,

метастазы, причем у 42 из них при излеченности первичной опухоли.

У 11 больных из 41 с остаточными опухолями после лучевого или химиолучевого лечения опухоли локализовались только в носоглотке, у 19 — только в лимфоузлах шеи, у 11 — в носоглотке и лимфоузлах шеи. Какой-либо определенной зависимости между распространенностью первичной опухоли и частотой остаточной опухоли отмечено не было. В частности, остаточная опухоль при T1 была обнаружена у 14%, при T2 — у 20%, при T3 — у 11%, при T4 — у 15% больных соответственно. В то же время на частоту остаточной опухоли существенное влияние оказывала степень вовлеченности лимфоузлов шеи. При N0 остаточная опухоль была выявлена у 6%, при N1 — у 7%, при N2 — у 15%, при N3 — у 26% больных соответственно. При плоскоклеточных формах рака носоглотки неизлеченность первичной опухоли была выше (21%) по сравнению с недифференцированными формами рака носоглотки (13%). Повторному лечению подвергнуто 30 больных из 41 с остаточными опухолями, причем лучевую терапию в самостоятельном варианте получали 8, химиолучевую — 5, только химиотерапию — 16 пациентов и 1 человек оперирован по поводу остаточных лимфоузлов на шее с последующей химиотерапией. После повторного лечения живы в течение 2—4 лет 11 (37%) больных из 30. Все 11 больных, получавших симптоматическое лечение, погибли в течение первых 2 лет наблюдения.

Рецидивы опухолей выявлены у 45 больных из 225 с полным клиническим эффектом, причем у 71% больных они обнаружены в течение первых 2 лет, у 20% — в течение 3-го года и у 9% — в течение 4-го и 5-го года наблюдения. Возобновление роста метастазов в лимфоузлы шеи при излеченности первичной опухоли наблюдалось в более отдаленные сроки (в среднем спустя 30 мес) по сравнению с временем рецидивирования опухолей в носоглотке (в среднем 16 мес). Исходная распространенность первичной опухоли и регионарных метастазов существенно не влияла на частоту рецидивирования. Так, при распространенности первичной опухоли T1—4 частота рецидивирования составила 0, 15, 24, 20%, при N0—3 20, 20, 25, 13% соответственно. Существенной зависимости частоты рецидивирования от степени дифференцировки опухолей также не отмечено — при недифференцированных формах рака 16%, при плоскоклеточном раке — 19%.

Повторному лечению подвергнут 41 больной из 45 с рецидивами заболевания, причем 24 получали химиолучевое, 8 — лучевое лечение и 9 больных — химиотерапию в самостоятельном варианте. После химиолучевой терапии живы и находятся под наблюдением в течение 2—9 лет 10 (42%) больных из 24, после лучевого лечения — 5 (62%) из 8, после химиотерапии — 1 (11%) из 9. Из 16 находящихся под наблюдением после повторного лечения 10 (24%) больных живут без признаков опухоли. Умерли за этот срок наблюдения 29 больных при средней длительности жизни 14 мес. У 10 больных из 45 с рецидивными опухолями прогрессирование заболевания после повторного специфического лечения было связано с отдаленным метастазированием.

Таким образом, из 45 больных с рецидивами опухолей живы и находятся под наблюдением в течение 2—9 лет 16 (36%) больных при средней длительности их жизни 40 мес. Пятилетняя выживаемость, рассчитанная по таблицам дожития, составила $31 \pm 7\%$, что несколько выше данных литературы, согласно которым после повторного

11% in T3, 15% in T4 disease. But involvement of cervical lymph nodes did influence the frequency of tumor residuals. The rate of tumor residual was 6% in N0, 7% in N1, 15% in N2, 26% in N3. Failures in treatment of the primary disease were more frequent among squamous cell carcinomas (21%) as compared to undifferentiated nasopharyngeal carcinomas (13%). 30 of the 41 patients with residual tumors received second treatment consisting of radiotherapy alone (8), chemoradiotherapy (5), chemotherapy alone (16), surgery for residual cervical lymph nodes with chemotherapy to follow (1). 11 (37%) of the 30 patients are alive for 2—4 years following second treatment. All the 11 patients receiving palliation died within the first 2 follow-up years.

Cancer recurrence was detected in 45 of the 225 complete responders to previous treatment, with 71% of the patients relapsing within the first 2 follow-up years, 20% during year 3, and 9% during years 4 and 5. Cervical lymph node metastases started to grow at later terms (mean 30 mo following treatment) as compared to onset of tumor recurrence in the nasopharynx (mean 16 mo). Advance of primary tumor did not have any considerable effect on recurrence frequency. Rates of recurrence were 0%, 15%, 24%, 20% in T1—4 disease, respectively, and 20%, 20%, 25%, 13% in N0—3, respectively. There was no clear correlation of rate of disease recurrence and tumor differentiation degree: 16% in undifferentiated tumors and 19% in squamous cell carcinoma.

41 of the 45 relapsing patients received second treatment consisting of chemoradiotherapy (24), radiotherapy (8), and chemotherapy (9). Alive for 2—9 years are 10 (24%) of the 24 patients receiving chemoradiotherapy, 5 (62%) of the 8 patients after radiotherapy, and 1 (11%) of the 9 patients following chemotherapy. 10 (24%) of the 16 followed-up patients are alive diseasefree. 29 patients died within the follow-up, mean survival time being 14 mo. In 10 of the 45 patients disease progression following second treatment was due to distant metastasis.

Thus, 16 (36%) of the 45 relapsing patients are alive under surveillance for 2-9 years, mean survival time being 40 mo. 5-years survival calculated by life tables was $31 \pm 07\%$. While as reported in the literature 5 years and more are survived by 23% of patients with recurrent nasopharyngeal cancer following second treatment [13].

As was mentioned above distant metastases were detected in 69 (26%) of the 266 cases, 42 of them with complete response of the primary tumor. Metastasis sites were bones (43%), liver (17%), lungs (7%), brain and other organs. The presence of regional metastases led to a statistically significant rise in probability of distant metastasizing. Rate of distant metastasis was 3% in N0, 16% in N1, 26% in N2 and 19% in N3 disease. Frequency of distant metastasis did not depend upon primary tumor histology (15% in differentiated squamous cell carcinomas, 16% in undifferentiated carcinomas). Time of distant metastasis onset was ranging from 3 to 25 mo (mean 13 mo), bone metastases developed somewhat earlier (mean 6-8 mo) than metastases in other sites.

In the patients with distant metastasis the specific treatment was palliative, and in most cases symptomatic. Of 42 patients in whom distant metastases were the only manifestation of disease progression 3 were alive for 24, 27 and 48 mo following local irradiation and systemic chemotherapy. All the patients with distant metastases died with mean life time 19—30 mo from onset of the first treatment, and 14 mo from disease progression.

лечения рецидивов рака носоглотки 5 лет и более живут 23% больных с рецидивным раком носоглотки [13].

Как сказано выше, отдаленные метастазы были выявлены у 69 (26%) больных из 266, причем у 42 из них при излеченности первичной опухоли. Наиболее часто метастазы локализовались в костях (43%), печени (17%), легких (7%), головном мозге и других органах. Наличие регионарных метастазов статистически достоверно повышало вероятность отдаленного метастазирования. Так, при N0 отдаленные метастазы выявлены у 1 (3%), при N1 — у 16%, при N2 — у 26%, при N3 — у 19% больных соответственно. Частота отдаленного метастазирования не зависела от гистологического строения первичной опухоли (с дифференцированными плоскоклеточными опухолями 15%, с недифференцированными опухолями 16%). Сроки возникновения отдаленных метастазов колебались от 3 до 25 мес (в среднем 13 мес), причем костные метастазы наблюдались несколько раньше (в среднем 6—8 мес) по сравнению с метастазами в другие органы.

У больных с отдаленными метастазами специфическое лечение носило паллиативный, а в подавляющем большинстве случаев симптоматический характер. Из 42 больных, у которых отдаленные метастазы были единственным проявлением прогрессирования заболевания, 3 после локального облучения зон поражения и системной химиотерапии жили в течение 24, 27 и 48 мес соответственно. Все больные с отдаленными метастазами умерли при средней длительности их жизни от начала первичного лечения 19—30 мес, после прогрессирования заболевания — 14 мес.

Одними из важных критериев в оценке эффективности повторной специфической терапии больных с неудачами первичного лечения при раке носоглотки, несомненно, являются частота и выраженность поздних лучевых повреждений, а также степень реабилитации больных. Из 266 больных раком носоглотки поздние лучевые повреждения выявлены у 16 (6%) человек, причем у 7 из них после повторной лучевой (1 больной) химиолучевой (2 больных) и химиотерапии (4 больных). Структура лучевых повреждений была следующей: тризм — 4, индурация мягких тканей шеи, зачелюстной области — 7, атрофия зрительного нерва — 3, нефропатия — 1, вторая опухоль — 1. Таких тяжелых повреждений тканей, как миелит шейного отдела спинного мозга, некроз височной доли головного мозга, на что указывается в литературе отдельными авторами (миелит 0,18—1,9%, некроз мозга 10%) [4—6], вообще не наблюдались ни у одного больного. Таким образом, среди первично леченых больных поздние повреждения тканей выявлены у 9 (5%) пациентов из 195, после повторного специфического лечения — у 7 (10%) больных из 71, т. е. в 2 раза чаще. Следует подчеркнуть, что в процентном отношении частота и выраженность поздних повреждений при первичном и повторном лечении больных раком носоглотки в принципе не превышали или даже были ниже данных, содержащихся в литературных источниках, согласно которым после радикальной лучевой терапии опухолей головы и шеи поздние лучевые повреждения тканей наблюдаются у 8—18% больных [8—10].

Подводя итоги, следует подчеркнуть, что из 266 больных раком носоглотки, поступивших в отделение в течение 1979—1988 гг., 97% имели III (21%) и IV (76%) стадии заболевания. Используя возможности лучевого и химиолучевого лечения, у 84,6% больных удалось получить полный клинический эффект. В течение 2—9-летнего периода наблюдения неудачи лечения выявлены у 128 (48%)

Frequency and severity of late radiation damage, and degree of patients' rehabilitation are most important criteria in evaluation of efficacy of second treatment of failure cases. Of the 266 nasopharyngeal cancer patients 16 (6%) presented late radiation damage including 1 case following second radiotherapy, 2 cases following chemoradiotherapy and 4 cases following chemotherapy. Radiation damage types were trismus (4), cervical and retromandibular soft tissue induration (7), optic nerve atrophy (3), nephropathy (1), second tumor (1). There were no cases of severe complications, such as myelitis of the cervical spine marrow, necrosis of the temporal lobe of the brain reported in the literature (myelitis 0.18-1.9%, brain necrosis 10%) [4—6]. Thus, late tissue damage was detected in 9 (5%) of 195 patients following primary treatment, and in 7 (10%) of 71 patients following second specific treatment, i.e. two-fold more frequently. Of note that percentages of frequency and severity of late damage following first and second treatments of nasopharyngeal cancer patients did not exceed or even were lower than those reported in the literature. The reports usually estimate the frequency of late tissue damage following radical radiotherapy of head and neck tumors as 8—18% [8—10].

So, of the 266 patients with nasopharyngeal cancer managed at the Unit during 1979—1988 97% had stage III (21%) and IV (76%) disease. Complete response to radio- or chemoradiotherapy was achieved in 84.6% cases. During a 2—9-year follow-up term treatment failures were detected in 128 (48%) patients. There were 41 (15.4%) cases with residual lesions, 45 relapses (20% of the 225 cases with complete response), 69 (26%) cases with distant metastases (42 with complete response of the primary tumor, 27 together with recurrent or residual tumors).

Of the 86 patients with residual or recurrent lesions second specific treatment was given to 71 patients (30 residual and 41 recurrent tumors). Of them late damage of normal tissue was detected in 10% vs 5% following primary treatment. 5-year survival following second treatment as calculated by life tables was $24 \pm 5\%$, $31 \pm 7\%$ in the patients with recurrent tumors. Total 5-year survival of the 266 primary and secondary patients was $48 \pm 2\%$ irrespective of treatment modality.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Алиев Б. М., Гартя А. М., Кошляев Э. III. // Мед. радиол. — 1987. — № 7. — С. 25—29.
2. Павлов А. С., Ступин Л. Д. Злокачественные опухоли носоглотки и их лучевое лечение. — Т., 1985.
3. Huang J. C., Lui L.-T., Lynn T. C. // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 1985. — Vol. 11, № 10. — P. 1789—1793.
4. Lee A. W., Ho J. H. C., Tse V. K. C. et al. // Cancer (Philad.). — 1988. — Vol. 61. — P. 1535—1542.
5. Marcus R. B., Million R. R. // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 1990. — Vol. 19, № 1. — P. 3—8.
6. McCuniff A. J., Liang M. J. // Ibid. — 1989. — Vol. 16, № 3. — P. 675—678.
7. Padmanabhan T. K., Krishnan M., Sankaranarayanan R. // Indian. J. Cancer. — 1988. — Vol. 25, № 9. — P. 144—150.
8. Parsons J. T., Mendenhall W. M., Cassisi N. J. et al. // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 1988. — Vol. 14, № 4. — P. 649—658.
9. Peters L. J., Harrison M. L., Dimery I. W. et al. // Ibid. — P. 623—633.

больных. Среди них больные с остаточными опухолями составляли 41 (15,4%), рецидивами заболевания — 45 (из 225 с полным клиническим эффектом — 20%), отдаленными метастазами — 69 (26%) человек (из них 42 при излеченной первичной опухоли и 27 одновременно с рецидивными или остаточными опухолями).

Из 86 больных с остаточными и рецидивными опухолями повторному специфическому лечению подвергнут 71 пациент (с остаточными — 30, с рецидивными опухолями — 41). Поздние повреждения нормальных тканей у этих больных наблюдались в 10% случаев, против 5%, отмеченных у первично леченых больных. Пятилетняя выживаемость повторно леченых больных, рассчитанная по таблицам дожития, составила $24 \pm 5\%$, причем больных с рецидивными опухолями — $31 \pm 7\%$. Общая 5-летняя выживаемость для 266 первично и повторно леченых больных независимо от метода лечения составила $48 \pm 2\%$ случаев.

© Коллектив авторов, 1994
УДК 616.317-006.6-033.2-89

Т. Д. Таболинская, В. В. Шенталь, А. И. Пачес

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ КРИОГЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ

НИИ клинической онкологии

Одной из биологических особенностей рака нижней губы является лимфогенное регионарное распространение опухоли. Это положение явилось основополагающим для решения вопроса о тактике в отношении зон регионарного распространения опухоли при лечении ее традиционными методами (лучевым, хирургическим). При наличии метастазов рака в регионарных лимфатических узлах или подозрении на них производят фасциально-фулярное иссечение шейной клетчатки, или операцию Крайля. Профилактическое иссечение клетчатки рекомендуется только при распространенной первичной опухоли.

В клинике опухолей головы и шеи ОНЦ РАМН лечение рака нижней губы осуществляют криогенным методом.

Анализ состояния регионарного распространения рака нижней губы после криогенного лечения первичной опухоли был проведен нами на основе данных о 212 больных, получивших это лечение.

Распространенность опухолевого процесса, согласно Международной клинической классификации по системе TNM (1989 г.), представлена в табл. 1*.

Регионарные метастазы к моменту лечения диагностированы у 16 (7,5%) больных, причем у 1 больного с Т3 — двусторонние, у 8 человек с распространенными рецидивами рака — несмещаемые, спаянные с окружающими тканями.

Характер проведенного лечения представлен в табл. 2.

Как видно из этой таблицы, комбинированный метод лечения был применен лишь у 10,4% больных. Операции по поводу регионарных метастазов произведены 13 из

10. Qin D., Hu Y., Yan J. et al. // *Cancer (Philad.)*. — 1988. — Vol. 61, № 3. — P. 1117—1124.
11. Schabinger P. R., Reddy S., Hendrickson F. R. et al. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1985. — Vol. 11, № 12. — P. 2081—2084.
12. Vikram B., Mishra U. B., Strong E. W., Manolatos S. // *Ibid.* — № 8. — P. 1455—1459.
13. Wang C. C. // *Ibid.* — 1987. — Vol. 13, № 7. — P. 953—956.
14. Wang C., Cai W. M., Hu Y. H., Gu X. Z. // *Cancer (Philad.)*. — 1988. — Vol. 61. — P. 2338—2341.

Поступила 03.12.91 / Submitted 03.12.91

T.D. Tabolinovskaya, V.V. Shental, A.I. Pachec

METASTASIS OF LOWER LIP CANCER AFTER CRYOGENIC DESTRUCTION OF THE PRIMARY LESION

Research Institute of Clinical Oncology

Cancer of the lower lip is characterized by lymphogenous regional dissemination. This circumstance was a basis for choice of treatment modality (radiotherapy, surgery) in relation to zones of regional disease advance. Established or suspected regional lymph node metastases are indication for fasciothecal excision of the cervical cellular tissue or Crile surgery. Preventive excision of the cellular tissue is recommended in advanced primary cancer only.

At the Head and Neck Tumor Unit of the CRC RAMS treatment for cancer of the lower lip is performed using cryogenic technique.

This paper analyzes 212 cases of cancer of the lower lip in the view of regional disease advance following cryodestruction of the primary lesion.

Distribution of cases with respect to disease advance according to the International Clinical Classification TNM (1989) is presented in table 1.*

At the start of treatment regional metastases were detected in 16 (7.5%) patients: 1 T3 patient had bilateral metastases, 8 patients with advanced disease recurrence had fixed lesions adhered to the adjacent tissue.

Treatment modalities are listed in table 2.

As is seen in table 2 combined treatment was given to 10.4% of the patients. Surgery for regional metastases was performed in 13 of the 16 patients with metastases (3 patients with advanced disease recurrence refused surgery), in 4 cases the surgery was bilateral due to disease advance T3N2M0 (1) or due to genial metastases (3). Metastases in these 3 patients were found on the primary tumor side only. Preventive cervical cellular tissue excision

* Пояснения к терминам даны в сборнике научных трудов «Опухоли головы и шеи». — М., 1993.

* Meaning of the terms is given in detail in the book "The Head and Neck Tumors" (in Russian). — М., 1993.