

---

# ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

---

## АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

**И.А. Задеренко, В.С. Агапов, А.А. Быков, Е.А. Задеренко**

*Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  
Московского государственного медико-стоматологического университета*

**М е т о д ы.** Проводилось сравнение клинических наблюдений двух сопоставимых между собой групп больных (149): I группа – леченные по схеме операция и последующая лучевая терапия (опер.+ЛТ) и II группа – лучевая терапия и последующая операция (ЛТ+опер.), – по таким параметрам, как 5-летняя выживаемость (ПВ), длительность безрецидивного периода, частота и сроки появления рецидивов, характер и степень выраженности осложнений и др.

Оперативное лечение выполнялось по общепринятым методикам и принципам онкологии. Так как основную массу больных (89,6%) составили пациенты с распространенными опухолями T<sub>3</sub>-T<sub>4</sub>, то осуществлялись расширенно-комбинированные операции.

Лучевая терапия проводилась в виде телегамматерапии на аппаратах “Агат” и ”Рокус”, или использовали мегавольтное излучение с энергией 15 и 18 МэВ на аппаратах “Clinac 2100C”. В зону облучения включали первичный очаг и пути регионарного лимфооттока. Ритм облучения – классическое фракционирование по 2 Гр 5 раз в неделю до суммарной очаговой дозы 50 Гр в I группе и 44-46 Гр во II группе. Если использовали разовую дозу 3 Гр, то облучение проводили 3 раза (42 Гр по изоэффекту). Сроки между ЛТ и операцией в I и II группе составляли от 2 нед до месяца и более.

Статистический анализ проводился с помощью программы “Аста”. Вычисление показателей выживаемости больных осуществляли с помощью построения таблиц дожития по Кар-Сан, сравне-

ние достоверности различий показателей – по тесту Iog rank. Сравнение кривых выживаемости проводилось по методу Wilcoxon. Доверительные интервалы вычислялись с помощью биномиального распределения. Рассчитывались эмпирические значения математических ожиданий и эмпирическая оценка среднеквадратичного отклонения. Вычисление достоверности производили с использованием t-критерия Стьюдента.

**Р е з у л ь т а т ы.** Общая ПВ в I группе составила 41,2%, во II – 40,6%.

При локализации опухоли на языке результаты сравнимы в обеих группах. При поражении слизистых оболочек полости рта в I группе ПВ – 41%, во II – 33,4%. При III стадии процесса результаты также сравнимы. При IV стадии в I группе ПВ – 37%, во II – 25%.

При эндофитных опухолях ПВ в I группе составила 25%, во II – 0%; при язвенно-инфильтративном характере роста опухоли ПВ в I группе была равна 38,7%, во II – 28,2%. В случаях высоко-, умереннодифференцированных опухолей достоверной разницы нет. При низкодифференцированных опухолях в I группе ПВ – 36%, во II – 23%.

Сравнение ПВ в зависимости от сроков между ЛТ и операцией в рассматриваемых группах показало, что в I группе при сроках 2–3 нед ПВ была у 52,2% больных, при сроках 3–4 нед ПВ отмечалась у 49,3%, если интервал составлял более месяца, то ПВ была у 29,7% больных; во II группе при сроках между ЛТ и операцией до 2 нед ПВ была у 51% больных, но таких пациентов было всего 15%, при сроках 2–3 нед ПВ была у 95,6%,

при сроках 3–4 нед ПВ отмечалась у 35,7%, и более 4 нед – в 34,9% случаев.

В своей работе мы попытались определить влияние длительности заболевания на данные ПВ. В I группе при длительности до 2 мес до 5 лет не дожил никто, с длительностью заболевания от 2 до 4 мес ПВ выживаемость составила 34,2%, свыше 5 мес – 35,1%. Во II группе: до 2 мес ПВ была 75,2%, от 2 до 4 мес – 33,9%, свыше 6 мес – ПВ составила 40%.

Зависимость результатов лечения от фона возникновения опухоли была следующей. В I группе на фоне предраковых заболеваний ПВ составила 45%, при хронической травме – 44,5%, при развитии опухоли *de novo* – 45%. Во II группе при развитии опухоли на фоне предраковых заболеваний ПВ составила 45,4%, при развитии на фоне хронической травмы – 33,3%, *de novo* – 58,3%.

Мы также попытались определить, как влияет послеоперационное облучение при разовой дозе 2 Гр и суммарной дозе 50 Гр на продолжительность жизни пациентов, у которых опухолевые клетки обнаруживаются ближе чем 0,5 см от края резекции. ПВ в этом случае составила 19%.

Осложнения, потребовавшие повторного хирургического лечения: остеомиелит, оростома,

некроз лоскута, образование свища, – в I группе составили 11,6%, во II – 19,7%. Лучевых реакций и осложнений как по степени выраженности, так и по частоте было больше в I группе.

Рецидивы первичной опухоли возникли у 23,3% больных I группы через  $3,4 \pm 0,7$  мес, во II группе у 39% больных через  $7,6 \pm 1,0$  мес. Длительность безрецидивного периода в I группе составила  $21,4 \pm 3,6$  мес, во II –  $30,9 \pm 3,7$  мес.

### Выводы

Применение схемы комбинированного лечения с операцией на первом этапе позволяет получить лучшие результаты по сравнению со схемой ЛТ+операция как по данным 5-летней выживаемости, так и по степени выраженности осложнений. При эндофитных опухолях до пяти лет доживают в 25% случаев только пациенты с операцией на первом этапе.

Наличие опухолевых клеток ближе чем на 0,5 см от края резекции является критерием нерадикальности операции, и послеоперационная лучевая терапия в дозе 50 Гр не оказывает скольконибудь существенного влияния на показатели 5-летней выживаемости.