

Таким образом, использование индивидуального прогнозирования позволяет определить оптимальную тактику лечения больных и получить с помощью консервативных и хирургических

методов благоприятные онкологические, функциональные и косметические результаты при пятилетней выживаемости более чем у 55 % больных.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А.У. Минкин, М.Ю. Верещагин, В.И. Копылов

*Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск
ГУЗ «Архангельский областной клинический онкологический диспансер»
ГУЗ «Архангельская областная клиническая больница»*

В Архангельской области за последние 15 лет отмечается рост заболеваемости раком слизистой оболочки полости рта (СОПР) и глотки с 6,5 до 6,9 на 100 тыс., хотя уровень ниже среднего по РФ (7,6 %). У мужчин злокачественные опухоли (ЗО) СОПР встречаются в 5 раз чаще. Показатель выявления ЗО СОПР в I–II стадиях вырос за 15 лет с 26,9 до 33,3 %, что превышает общероссийский уровень (28,2 %). Активная выявляемость (1,2 %) ниже среднего уровня по РФ (7,1 %). Визуальность локализации предполагает раннюю диагностику заболевания. Одним из основных критериев оценки помощи онкологическим больным в ЛПУ является показатель запущенности, который возрос с 25,5 до 39,4 %. Реальный показатель запущенности еще выше, так как летальность на первом году жизни составляет 49,4 %.

В связи с большой долей больных, поступающих на лечение с распространенными формами

рака III–IV стадии (60 %), основными методами лечения остаются паллиативный и комбинированный. В клиниках опухолей головы и шеи АОКОД и челюстно-лицевой хирургии АОКБ проводится комбинированное лечение больных ЗО СОПР с одномоментным замещением дефекта дна полости рта островковым шейным полнослойным кожно-жировым лоскутом на питающей ножке из передних мышц шеи. Операция позволяет провести полноценную реабилитацию и социальную адаптацию больных. Затруднения речевой функции и вторичная адентия требуют командного подхода к решению проблемы реабилитации с привлечением челюстно-лицевого хирурга с целью коррекции рубцовой деформации языка, углубления преддверия полости рта и дентальной имплантации; ортопеда-стоматолога и логопеда.

ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

А.М. Мудунов

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта занимает 6-е место в общей структуре заболеваемости злокачественными

опухолями в мире. Цель настоящего сообщения состоит в обобщении существующей информации и определении наиболее оптимальной

тактики лечения больных этой сложной нозологической группы. Неудовлетворительные результаты лечения пациентов опухолями полости рта стали причиной поиска более эффективных методик противоопухолевого воздействия, в числе которых химиолучевая терапия.

До 1982 г. успехи химиотерапии в лечении плоскоклеточного рака полости рта были не столь значимыми, при этом частота полных клинических регрессий не превышала 5 %. Значительным прорывом в этом направлении стало появление комбинации химиопрепаратов – 5-фторурацила и цисплатина, которая была представлена на симпозиуме ASCO 1982 г. Были продемонстрированы ошеломляющие результаты непосредственной эффективности лечения, при этом частота полных клинических регрессий увеличилась до 63 %. Дальнейшее изучение эффективности разных режимов химиолучевой терапии продемонстрировало превосходство конкурентной терапии над неoadъювантной и самостоятельной лучевой терапией. В то же время комбинация химиопрепаратов, включающая таксаны в дополнение к стандартной схеме с 5-фторурацилом и цисплатином (TPF), также увеличивала эффективность проводимого лечения и приводила к увеличению безрецидивной и общей выживаемости. Кроме этого, проводились исследования по изучению эффективности конкурентной химиолучевой терапии при проведении ее в обычном последовательном ритме и в режиме секвентального ритма с целью усиления местного и системного воздействия цитостатиков. Были получены неоднозначные результаты, которые не показали выраженных различий в двух исследуемых группах, при этом было отмечено усиление проявления побочных эффектов лучевой терапии в группе альтернирующего режима химиолучевой терапии.

Данные обширного мета-анализа по изучению эффективности химиотерапии в лечении плоскоклеточного рака органов головы и шеи (MACH-CH), опубликованного в 2000 г., продемонстрировали, что наибольшее увеличение абсолютной 5-летней выживаемости наблюдалось в группе больных, получавших конкурентную химиолучевую терапию. В то же время в этой группе регистрировалось значительное увеличение частоты побочных эффектов лучевой

терапии, таких как выраженный эпителиит и сухость слизистой полости рта, которые были вызваны наслоением эффектов химиотерапии и лучевой терапии. С целью изучения эффективности неoadъювантной химиотерапии в лечении пациентов с плоскоклеточным раком органов головы и шеи было инициировано исследование с включением двух групп: с проведением 3 циклов индукционной химиотерапии по схеме TPF перед конкурентной химиолучевой терапией и контрольная группа без индукционной химиотерапии. Было продемонстрировано убедительное увеличение частоты полных клинических регрессий в группе пациентов, получавших индукционную химиотерапию, – 50 % против 21 %, что в дальнейшем привело к аналогичному увеличению показателей безрецидивной и общей выживаемости.

Индукционная химиотерапия позволяет формировать группы пациентов с перспективным и негативным прогнозом, а конкурентная химиолучевая терапия обладает непревзойденным потенциалом местного воздействия. Горизонтом клинических исследований в настоящее время считаются направления, включающие изучение эффективности таргетных препаратов, среди которых наибольшим потенциалом в лечении плоскоклеточного рака обладает эрбитукс. В последних рандомизированных исследованиях по изучению эффективности этого препарата было продемонстрировано улучшение показателей безрецидивного течения и выживаемости на 10–15 % в сравнении с самостоятельной лучевой терапией.

Таким образом, в настоящее время наиболее перспективными направлениями в лечении местнораспространенного плоскоклеточного рака полости рта считаются: комбинированное применение операции и химиолучевой терапии, конкурентная химиолучевая терапия, индукционная химиотерапия с последующей конкурентной химиолучевой терапией, лучевая терапия в комбинации с эрбитуксом.

Роль хирургических вмешательств сводится к использованию при опухолях, устойчивых к проведению химио- и лучевой терапии, при наличии остаточной опухоли после окончания основного курса химиолучевой терапии, а также при появлении отдаленного местного рецидива,

так называемого «salvage surgery». Следует отметить, что проведение операции после окончания химиолучевой терапии усложняется наличием ранних и поздних лучевых реакций, затрудняющих определение истинных границ первичного опухолевого очага. В связи с этим встает вопрос выбора проведения лучевой терапии в пред- или послеоперационном периоде. Недостатки проведения лучевой терапии в предоперационном

периоде (потеря истинных границ опухоли) выглядят не столь убедительными, как недостатки проведения ее в послеоперационном периоде (увеличение радиорезистентности опухоли). Тем не менее в настоящее время нет убедительных данных рандомизированных исследований, демонстрирующих преимущество одной методики над другой.

КРИОДЕСТРУКЦИЯ РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

А.И. Пачес, И.Н. Пустынский, Т.Д. Таболиновская

Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАМН, г. Москва

Благодаря ряду уникальных свойств и преимуществ криогенный метод занял прочное место в арсенале онкологов и используется в настоящее время при лечении больных с различными видами новообразований. Особенности регенерации тканей после криодеструкции обеспечивают сохранение анатомической формы и функций пораженных органов, что имеет особое значение при локализации новообразования в орофарингеальной области.

Нами проведен комплексный анализ результатов криогенного лечения 129 больных плоскоклеточным раком орофарингеальной области, в том числе 85 больных раком губы и 44 больных раком слизистой оболочки полости рта различной локализации. Во всех случаях диагноз был подтвержден гистологическим исследованием опухоли. Новообразования, соответствовавшие символу T_1 , были у 76, T_2 – у 53 пациентов. Криогенное воздействие выполнялось способом криоаппликации по разработанным в клинике лечебным методикам с помощью отечественных медицинских криогенных аппаратов. В качестве хладагента используем жидкий азот, температура рабочего инструмента находилась в пределах – 160–170°C. У 115 больных криодеструкция была применена в самостоятельном варианте и у 14 больных раком слизистой оболочки полости рта – в плане комбинированного лечения после лучевой терапии при частичной регрессии опухоли. Показаниями к проведению криогенного лечения при раке слизистой оболочки полости рта являлись новообразования с четкими

границами при поверхностном и экзофитном типах роста, в том числе развившиеся на фоне лейкоплакии (7). Применение криодеструкции считаем противопоказанным при инфильтративном характере новообразования, росте опухоли вдоль мышечных, нервных волокон, нечетких границах поражения.

После криодеструкции не возникало осложнений со стороны общего состояния больных. Лечение, как правило, проводилось под местным обезболиванием и легко переносилось даже лицами пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Осложнением криогенного лечения у 14 (10,8 %) больных явилось кровотечение, возникшее на 15–23-й дни после отторжения криогенного некроза из сосудов, располагавшихся в области дна раны. Во всех случаях кровотечение не было обильным и было быстро остановлено тампонадой и затем перевязкой или прошиванием кровоточащего сосуда. У 4 больных отмечалась секвестрация участка альвеолярного края нижней челюсти, подвергнутого криовоздействию с последующей эпителизацией раны, у 3 пациентов, перенесших лучевую терапию, длительно сохранялся отек тканей дна полости рта после криогенного воздействия. Данные осложнения не влияли на общее состояние больных и не сказались впоследствии на результатах лечения.

При последующем наблюдении за больными в сроки от 2 до 15 лет стойкая регрессия новообразования была отмечена у 122 больных (94,6 %), в том числе при раке нижней губы – у 84 (98,8 %)