© Коллектив авторов, 2007
УДК [616.31+616.321]-006.61-089

И.В.Вихлянов, Я.Н.Шойхет, А.Ф.Лазарев

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЛОСТИ РТА И РОТОВОГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ

Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН (дир. — д-р мед. наук проф. А.Ф. Лазарев), г. Барнаул

Ключевые слова: опухоли полости рта и ротового отдела глотки, комбинированное и комплексное лечение, хирургический метод.

Введение. На современном этапе в лечении больных с опухолями орофарингеальной зоны применяются два основных типа операций — функционально-сохраняющие и комбинированные [1, 2, 4, 6].

Критериями принадлежности операций к классу фукционально-сохраняющих служат следующие: сохранение функции нижней челюсти, отсутствие грубых эстетических изменений в области лица, наличие костной структуры, способной служить основой для фиксации мышц дна полости рта и языка. Все эти цели могут быть достигнуты только при одном условии — сохранении непрерывности нижней челюсти.

В то же время, расширенно-комбинированные операции подразумевают удаление в блоке опухолевых тканей из 2–3 анатомических областей с обязательным включением в блок различного по протяженности отрезка нижней челюсти с выполнением ее сквозной резекции [1, 2].

Показаниями к проведению функционально-сохраняющих операций являются распространенность опухоли в пределах одной анатомической области (I–II стадия), экзофитный характер роста (папиллярная либо язвенная), отсутствие метастазов в регионарные лимфатические узлы и уменьшение опухоли более чем на 50% после проведенной в предоперационном периоде лучевой терапии [1–4].

В последнее время показания к проведению подобных операций были расширены. А.А.Уваров [5] в своем исследовании пришел к мнению, что выполнение органосохраняющих операций возможно у большинства пациентов с распространенностью процесса T3 и у ряда больных с опухолью, соответствующей стадии процесса T4. Необходимыми условиями для этого являются эффективность неоадъювантного лечения (химио-, лучевая терапия), адекватная оценка распространенности процесса, выбор оптимального оперативного доступа и методов пластики. При этом проведение комбинированных операций необходимо при наличии опухолей с преимущественно инфильтративной либо смешанной формой роста, соответствующих символу T3–T4, как на I этапе лечения, так и после неэффективной лекарственной либо лучевой терапии.

Таким образом, до последнего времени не определены достаточно четкие градации того либо другого типа операций и показания для выполнения при различной распространенности опухолевого процесса. Ниже мы приводим свой опыт оперативных вмешательств у данной группы больных.

Материал и методы. В основу работы положены данные о 194 больных с плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта и ротового отдела глотки.

В зависимости от объема лечения все больные были разделены на 2 группы. 1-я группа — основная (84 пациента), получивших комплексное лечение по следующей схеме: 2 курса регионарной внутриартериальной химиотерапии (цисплатин+5-фторурацил), оперативное лечение, послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии.

2-я группа — группа сравнения (110 пациентов), получивших комбинированное лечение, которое включало оперативное вмешательство и лучевую терапию. Эта группа больных содержала 2 подгруппы. В 1-ю подгруппу вошли 49 больных, у которых проведена предоперационная лучевая терапия, а затем операция. Во 2-ю подгруппу — 61 больной — лица, у которых проведена операция и последующая лучевая терапия.

Среди больных основной группы и группы сравнения превалировали опухоли полости рта (табл. 1).

Соотношение численности больных с опухолями полости рта и ротового отдела глотки среди больных основной группы и группы сравнения было одинаковым. так же как и частота отдельных локализаций опухолей орофарингеальной зоны среди больных 1-й и 2-й подгруппы сравнения.

В основной группе, группе сравнения, ее подгруппах превалировали больные с эндофитным характером роста опухоли. Они составили 60,7% пациентов основной группы, 59,1% пациентов группы сравнения и 55,1 %, 62,3% в 1-й и 2-й подгруппах сравнения соответственно.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от локализации первичной опухоли и метода лечения

Локализация опухоли		Группы больных											
		основная — 1-я		сравнения — 2-я									
				всего			в том числе						
							1-я подгруппа			2-я подгруппа			
		Абс. число	%	Абс. число	%	p	Абс. число	%	p	Абс. число	%	p	p_1
Полость рта:	всего	54	64,3	82	74,5	>0,1	35	71,4	>0,2	47	77,0	>0,1	>0,2
	языка	19	22,6	21	19,1	>0,5	9	18,4	>0,5	12	19,8	>0,5	>0,5
	отделы рта, в том числе:	35	41,7	61	55,5	>0,05	26	53,1	>0,2	35	57,4	>0,05	>0,5
	дна	23	27,4	55	50,0	<0,002	24	49,0	<0,02	31	50,8	<0,005	>0,5
	альвеолярного отростка	9	10,7	6	5,5	>0,2	2	4,1	>0,1	4	6,6	>0,5	>0,5
	верхней челюсти	3	3,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	нижней челюсти	6	7,1	6	5,5	>0,5	2	4,1	>0,2	4	6,6	>0,5	>0,5
	слизистой оболочки щеки	3	3,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ротовой отдел глотки:	всего	30	35,7	28	25,5	>0,1	14	28,6	>0,2	14	22,9	>0,1	>0,2
	корня языка	9	10,7	7	6,4	>0,2	3	6,1	>0,2	4	6,6	>0,2	>0,5
	передней и задней небесных дужек нижней миндалины	16	19,0	17	15,5	>0,5	9	18,4	>0,5	8	13,1	>0,2	>0,2
	мягкого неба	5	6,0	4	3,6	>0,2	2	4,1	>0,5	2	3,3	>0,2	>0,5
Всего		84	100	110	100		49	100		61	100		

Примечание. Здесь и в табл. 2–4: p — статистически значимые отличия с основной группой; p_1 — статистически значимые отличия между 1-й и 2-й группами сравнения.

Соотношение между мужчинами и женщинами в основной группе и группе сравнения, в 1-й и 2-й подгруппах группы сравнения было одинаковым. Распространенность опухолевого процесса, регионарного метастазирования в основной группе, группе сравнения, ее подгруппах была одинаковой (табл. 2).

Результаты и обсуждение. Нами не было получено статистически значимых различий в количестве функционально-сохраняющих и комбинированных вмешательств у больных с опухолями языка, альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти, щеки. Основные различия были отмечены при сопоставлении пациентов основной группы и группы сравнения с опухолями дна полости рта и ротового отдела глотки. При раке слизистой оболочки дна полости рта в основной группе и группе сравнения выполнялись следующие функционально-сохраняющие оперативные вмешательства: при расположении опухоли в передних отделах дна полости рта (T2 и T3) производилась горизонтально-плоскостная резекция тела нижней челюсти, а затем резекция ее внутренней кортикальной пластинки в области прикрепления язычно-подбородочной мышцы.

В пределах здоровых тканей (включая верхний этаж мышц дна полости рта и языка, прикрепляющихся к нижней челюсти и подъязычной кости — мышцы дна полости рта, языка, подбородочно-язычная и подъязычно-язычная мышцы) удалялся препарат [1]. Операции такого объема выполнены у 45,8% больных 1-й подгруппы, 41,9% больных 2-й подгруппы группы сравнения и у 47,8% больных основной группы.

При локализации опухоли в боковых отделах дна полости рта (T2 и T3) производилась горизонтально-плоскостная резекция нижней челюсти в блоке с дном полости рта, соответствующей половиной языка [1]. Операции такого объема выполнены у 33,3% больных 1-й подгруппы, 32,3% больных 2-й подгруппы сравнения и у 21,7% больных основной группы. В 2 случаях (9,5%) у больных основной группы с опухолями дна полости рта при распространенности процесса T3, локализации в заднебоковых отделах, язвенном характере роста опухоли, регрессе более 50% нами были выполнены функционально-сохраняющие операции в объеме электрорезекции $^1/_2$ языка с корнем, дна полости рта с передней небной дужкой, небной миндалиной, резекцией тела и ветви нижней челюсти с сохранением ее непрерывности.

В 3 (13,0%) случаях у больных основной группы с опухолями слизистой оболочки дна полости

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от распространенности опухоли и методов лечения

TNM	Группы больных											
	основная		2-я (сравнения)									
			всего			1-я подгруппа			2-я подгруппа			
	абс. число	%	абс. число	%	p	абс. число	%	p	абс. число	%	p	p_1
T2N0M0	14	16,7	14	12,7	>0,2	6	12,5	>0,5	8	13,1	>0,5	>0,5
T2N1M0	9	10,7	15	13,6	>0,2	9	18,8	>0,1	6	9,8	>0,5	>0,1
T2N2M0	1	1,2	3	2,7	>0,2	1	2,0	>0,5	2	3,3	>0,2	>0,5
T2N3M0	1	1,2	2	1,8	>0,5	1	2,0	>0,5	1	1,6	>0,5	>0,5
T3N0M0	26	30,9	36	32,7	>0,5	18	37,5	>0,2	18	29,5	>0,5	>0,2
T3N1M0	16	19,0	22	20,0	>0,5	7	14,5	>0,5	15	24,6	>0,2	>0,1
T3N2M0	9	10,7	5	4,5	>0,1	1	2,0	<0,05	4	6,6	>0,2	>0,2
T3N3M0	–	–	4	3,6	–	1	2,0	–	3	4,9	–	>0,2
T4N0M0	2	2,4	2	1,8	>0,2	1	2,0	>0,5	1	1,6	>0,2	>0,5
T4N1M0	4	4,7	2	1,8	>0,05	–	–	–	2	3,3	>0,2	–
T4N2M0	2	2,4	5	4,5	>0,2	4	8,2	>0,1	1	1,6	>0,5	>0,1
Всего	84	100	110	100		49	100		61	100		

рта при распространенности процесса T4 и расположении в передних или переднебоковых отделах, язвенно-инфильтративном характере опухоли, преимущественном росте в направлении глубоких мышц языка и отсутствии прорастания опухоли в нижнюю челюсть, регрессе опухоли более 50% нами были выполнены модифицированные функционально-сохраняющие оперативные вмешательства. При этом в блок удаляемых тканей, помимо стандартного объема [1, 4], в обязательном порядке включался нижний этаж мышц дна полости рта: подбородочно-подъязычная и передние брюшки двубрюшных мышц. Резекция фрагмента языка расширялась до субтотальной, мышцы корня языка отсекались от подъязычной кости. Помимо горизонтально-плоскостной резекции нижней челюсти, производилась резекция ее внутренней кортикальной пластинки на протяжении, соответствующем распространенности опухоли. Послеоперационное гистологическое исследование не выявило опухолевых клеток по линии резекции. Комбинированные операции были выполнены у 20,8% больных в 1-й подгруппе и 25,8% — во 2-й подгруппе сравнения (табл. 3).

Комбинированные операции были выполнены у 2 (8,7%) пациентов основной группы с распространенностью процесса T4, локализацией в переднем отделе дна полости рта и распространением на костную структуру нижней челюсти. Данные различия были статистически значимы ($p<0,05$).

При опухолях слизистой оболочки ротового отдела глотки у больных основной группы и группы сравнения резекция $^1/_2$, $^2/_3$ языка с корнем, боковой стенки глотки выполнена в одинаковом количестве случаев у больных 1-й и 2-й подгруппы сравнения (7,1%), а в основной группе — у 26,6% больных. Резекция ротоглотки с корнем языка, резекция тела и ветви нижней челюсти выполнена в одинаковом количестве наблюдений в 1-й и 2-й подгруппе группы сравнения (35,7%) и у 20% больных основной группы. В 14,3% случаев у больных 1-й подгруппы сравнения и в 7,1% у больных 2-й подгруппы сравнения выполнена резекция мягкого неба и боковой стенки глотки. Аналогичный объем выполнен у 16,7% больных основной группы.

В 5 (16,7%) случаях у больных основной группы с локализацией опухоли в области боковой стенки глотки нами были применены модификации типичных функционально-сохраняющих оперативных вмешательств. При этом объем удаляемых мягких тканей соответствовал таковому при типовой функционально-сохраняющей операции [1], резекция тела и ветви нижней челюсти не выполнялась, а вместо резекции внутренней кортикальной пластинки в области прикрепления нижнего конца внутренней крыловидной мышцы выполнялась скелетизация нижней челюсти. Ни в одном случае изучение линии резекции не выявило клеток опухоли.

Комбинированные операции со сквозной резекцией участка нижней челюсти были выполнены у 42,9% пациентов 1-й группы и 50,0% больных 2-й группы (табл. 4).

В основной группе такой объем выполнен у 16,7% больных. Различия были статистически значимы ($p<0,05$).

Это было связано с тем, что эффективность 2 курсов регионарной химиотерапии была наивыс-

Таблица 3

Соотношение комбинированных и функционально-сохраняющих операций при раке дна полости рта

Виды операций	Группы больных											
	основная		сравнения — 2-я									
			всего			в том числе						
						1-я подгруппа			2-я подгруппа			
	абс. число	%	абс. число	%	p	абс. число	%	p	абс. число	%	p	p_1
Функционально-сохраняющие	21	91,3	42	76,4	<0,05	19	79,2	>0,05	23	74,2	<0,05	>0,5
Комбинированные	2	8,7	13	23,6	<0,05	5	20,8	>0,05	8	25,8	<0,05	>0,5
Всего	23	100	55	100		24	100		31	100		

Таблица 4

Соотношение комбинированных и функционально-сохраняющих операций при раке ротоглотки

Виды операций	Группы больных											
	основная		сравнения — 2-я									
			всего			в том числе						
						1-я подгруппа			2-я подгруппа			
	абс. число	%	абс. число	%	p	абс. число	%	p	абс. число	%	p	p_1
Функционально-сохраняющие	25	83,3	15	53,6	<0,05	8	57,1	<0,05	7	50	<0,05	>0,5
Комбинированные	5	16,7	13	46,4	<0,05	6	42,9	<0,05	7	50	<0,05	>0,5
Всего	30	100	28	100		14	100		14	100		

шей в группе больных с опухолями ротоглотки — общая эффективность — 96,7%, количество полных регрессирований опухоли — 43,3%, частичных — 53,4%. Лишь в одном случае из 30 больных была зафиксирована стабилизация процесса.

Выводы. 1. При проведении комбинированного лечения больных с плоскоклеточным раком тканей полости рта в 70,9% наблюдений удается осуществить функционально-сохраняющие оперативные вмешательства.

2. При комплексном лечении возможность таких вмешательств возрастает до 86,9%.

3. При локализации опухоли в области ротоглотки эти показатели составили 53,6 и 83,3% соответственно.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Кицманюк З.Д., Чойнзонов Е.Л., Новиков В.А., Карасева В.В. Злокачественные опухоли головы и шеи.—Томск, 1998.—384 с.
2. Любаев В.Л., Пачес А.И., Пустынский И.Н. и др. Современное состояние проблемы лечения местнораспространенного рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ.—Минск, 2004.—С. 75–77.
3. Матякин Е.Г., Уваров А.А., Федотенко С.П. и др. Современные подходы к органосохраняющему лечению больных раком органов полости рта III–IV стадии // Новое в онкологии: Сб. науч. трудов.—1995.—№ 1.—С. 55–59.
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи.—М., 2000.—476 с.
5. Уваров А.А. Органосохраняющие методы лечения местнораспространенного рака орофарингеальной области: Дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1997.—40 с.
6. Song C.S., Har-El G. Marginal mandibulectomy: Oncologic and nononcologic outcome // Am. J. Otolaryngol.—2003.—Vol. 24.—№ 1.—P. 61–63.

Поступила в редакцию 18.07.2006 г.

I.V.Vikhlyanov, Ya.N.Shoykhet, A.F.Lazarev

SURGICAL METHOD IN TREATMENT OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE MOUTH CAVITY AND ORAL PART OF THE PHARYNX

Surgical method of treatment was used in 194 patients with tumors of the mouth cavity and oral part of the pharynx. Combined treatment (radiation therapy and operation in various combinations) was used in 110 of these patients and in 84 patients the treatment was complex (polychemotherapy + operation + postoperative course of radiation therapy). Comparative characterization of operations fulfilled on the initial focus has shown that the number of function-saving operations in the group of patients treated by complex methods was 86.9%, and in the group of patients treated by combined methods it was 70.9%. It can be explained by a higher degree of tumor regression under the influence of neo-adjuvant polychemotherapy than under the action of preoperative course of radiation therapy as well as due to the development of a number of function-saving operations which could be used in patients after a course of neo-adjuvant chemotherapy.