

годы вошло в широкую клиническую практику применение *конкурентного* (сочетанного или одномоментного) химиолучевого лечения, когда на фоне лучевой терапии больному вводятся химиопрепараты, чаще всего используется цисплатин, что обеспечивает повышение выживаемости, улучшение локорегионарного контроля и увеличение процентов сохранения органов, что особенно важно при лечении таких локализаций, как гортань и гортаноглотка.

Логичным продолжением развития применения химиотерапии при местно распространенных первичных опухолевых процессах явилось появление схем так называемого последовательного или секвентального химиолучевого лечения. При данном виде лечения на первом этапе проводится несколько курсов индукционной полихимиотерапии с последующим конкурентным химиолучевым лечением. Основными комбинациями, используемыми при проведении индукционной полихимиотерапии, на сегодняшний день признаны цисплатин с 5-фторурацилом (ПФ), доцетаксел с цисплатином и 5-фторурацилом (ДФФ). Последняя схема представляется как наиболее эффективная, но и наиболее токсичная. В нескольких рандомизированных исследованиях III фазы, сравнивающих применение схем с включением таксанов и стандартных схем полихимиотерапии в качестве компонентов последовательного химиолучевого лечения были получены весьма убедительные подтверждения увеличения продолжительности жизни больных и улучшения показателей реализации планов сохранения органов у пациентов с местнораспространенным ПРГШ.

При развитии рецидива опухоли и невозможности выполнения радикального хирургического

вмешательства пациентам обычно предлагается химиотерапия как лечение первой линии. С точки зрения ограниченных возможностей лечения эта категория пациентов с плоскоклеточным раком головы и шеи давно нуждалась в более современных химиотерапевтических средствах, но за последние десятилетия не появилось комбинаций химиопрепаратов, улучшавших показатели выживаемости этой категории больных, как обсуждалось выше. Стандартом лечения этих больных являлась комбинация цисплатина и 5-фторурацила, но при этом применение комбинации этих препаратов лишь увеличивало количество ответов опухоли на химиотерапию, не изменяя показатели выживаемости пациентов. По последним данным, единственной комбинацией химиопрепаратов, дающей не только увеличение количества полных и частичных регрессий, но увеличивающей продолжительность жизни больных с рецидивами и отдаленными метастазами плоскоклеточного рака головы и шеи, является схема с использованием цетуксимаба, цисплатина и 5-фторурацила. На сегодняшний день эта комбинация химиопрепаратов стала «золотым стандартом» при сравнении эффективности применения различных химиопрепаратов в лечении плоскоклеточного рака головы и шеи для всех крупных многоцентровых исследований. В последние годы появление таргетных препаратов (в частности, цетуксимаба) и результаты исследований его применения у данной категории пациентов дают обоснованную надежду на увеличение арсенала химиотерапевтических средств для лечения неоперабельных локорегионарных рецидивов и отдаленных метастазов плоскоклеточного рака головы и шеи.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОЛОСТИ РТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

П.В. Светицкий, В.Л. Волкова, А.А. Ганиев, М.В. Баужадзе

Ростовский НИОИ, г. Ростов-на-Дону

В 2008 г. в Ростовской области с населением в 4300 000 человек было выявлено 118 больных злокачественными новооб-

разованиями языка и полости рта. Грубый показатель заболеваемости (на 100000 населения) составил 3,8. Это определяет акту-

альность исследований по лечению данной патологии.

В отделении «Опухолей головы и шеи» РНИОИ используется методика комплексного лечения рака полости рта (РПР), где химиотерапия применяется до- и во время операции. При этом цитостатики для химиотерапии растворяются в аутоплазме (Сидоренко Ю. С. и соавт., 1996). Лечение заключается в проведении на первом этапе регионально-внутриартериальной аутоплазмoxимиотерапии, затем – радикальной операции с интраоперационной аутоплазмoxимиотерапией и последующими облучением и адъювантной системной химиотерапией. Приготовление раствора для химиотерапии осуществляется следующим образом. Натощак, из локтевой вены берется кровь в объеме 200–250 мл, которую помещают в стандартный стерильный флакон с раствором глюцигира (50,0 мл). Кровь после отстаивания центрифугируется. Отделяется плазма, которую затем распределяют по 10 мл в шесть 20-мл шприцов. В каждый из шприцов с размороженной аутоплазмой добавляют химиопрепараты – метотрексат (30 мг) и 5 фторурацил (500 мг) – и подвергают инкубированию при температуре 37°C. После катетеризации язычной артерии, тут же на опе-

рационном столе, вводится содержимое одного из шприцов. Рана послойно ушивается. Катетер выводится на кожу для последующей химиотерапии, которая осуществляется со следующего дня ежедневно в течение 4 дней. Через 2 нед оценивается непосредственный эффект.

По разработанной методике пролечено 20 больных РПР. Из них с III стадией заболевания было 13 и с IV стадией – 7 больных. Ни у одного больного не был достигнут полный лечебный эффект, тогда как частичный был получен у 16 (80 %), а стабилизация процесса – у 4 (20 %) больных. Затем осуществлялась операция – хирургическое удаление опухолевого процесса с интраоперационной аутоплазмoxимиотерапией: вводится содержимое последнего 6 шприца посредством обкалывания мягких тканей «ложа опухоли» таким образом, чтобы охватить всю раневую площадь. Через 2 нед больной подвергается облучению до СОД в 40–45 Гр и затем, спустя 3 нед, проводится системная химиотерапия. После окончания лечения ремиссия до 12 мес наблюдалась у 16 (80 %) больных. Продолженный рост через 8 мес наступил у 2 больных с III ст., с IV ст. – у 2 больных через 5 и 6 мес, что потребовало продолжить химиотерапию. Набор клинического материала продолжается.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА И ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

**А.М. Сдвижков, В.И. Борисов, М.Р. Финкельштерн, С.В. Тяншин,
И.В. Солдатов, Н.В. Панкина**

Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

Лечение и реабилитация больных распространенными опухолями головы и шеи является актуальной задачей современной онкологии. Количество таких пациентов постоянно увеличивается. Кроме того, возрастают требования к качеству жизни пациента после проведенного лечения. Важными критериями стали как эстетическая, так и функциональная реабилитация больных. Сегодня нельзя считать удовлетворительным результат лечения злокачественной опухоли, локализуемой в полости рта, если

после ее излечения образуется оростомы, неудовлетворительным является образующийся после хирургического вмешательства обширный дефект мягких тканей лица, а выполняемые в последние годы кранио-фациальные и кранио-орбито-фациальные резекции невозможны без применения сложных восстановительных операций. Использование современных высокотехнологичных методик позволяет существенно улучшить результаты лечения больных опухолями данных локализаций.