

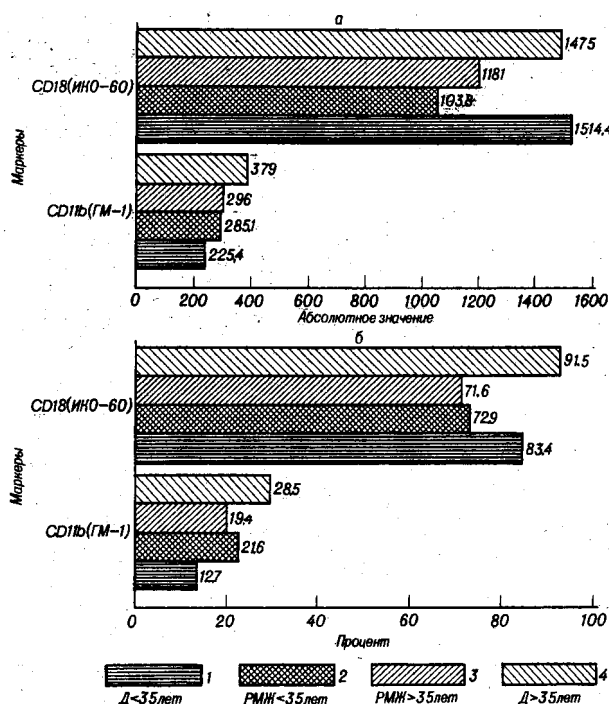


Рис. 4. Экспрессия миеломоноцитарных маркеров и линий неограниченных антигенов.

сравнению с больными среднего возраста, но снижен относительно уровня молодых здоровых женщин. Эти различия статистически незначимы (рис. 3).

Содержание клеток, экспрессирующих RFB-1-антиген, было достоверно выше у больных РМЖ молодого возраста по сравнению с донорами ($p < 0,05$). У больных среднего возраста наблюдалась обратная тенденция. Уровень RFB-1-антигенсодержащих клеток у больных среднего возраста был снижен как относительно молодых больных, так и доноров среднего возраста.

Процент клеток, содержащих молекулы адгезии, у больных молодого возраста достоверно выше, чем у доноров, тогда как у лиц среднего возраста различия с донорами статистически незначимы (рис. 4).

Экспрессия клеток, содержащих антиген CD18, у больных обеих возрастных групп находилась примерно на одинаковом уровне, однако достоверно снижена относительно уровня здоровых женщин соответствующих возрастов.

Таким образом, проведенное исследование позволило оценить иммунный статус у больных РМЖ молодого возраста на основе иммунологического фенотипа мононуклеарных клеток с применением МКА.

Выводы. 1. У больных РМЖ обеих возрастных групп отмечается снижение Т-клеточной популяции по сравнению с донорами. Нет достоверных различий в показателях Т-клеточного иммунитета у больных молодого и среднего возраста, хотя наблюдалась тенденция к снижению уровня зрелых Т-лимфоцитов у молодых больных.

2. Показатели В-клеточного иммунитета у больных молодого возраста по сравнению с донорами снижены, тогда как у больных средне-

го возраста наблюдалось 4-кратное увеличение уровня В-лимфоцитов и моноцитов по сравнению с донорами (HLA-Dг-антигенсодержащие клетки). Также отмечена тенденция к снижению В-клеточной популяции у молодых больных по сравнению с больными среднего возраста.

3. Экспрессия активационных маркеров и линий неограниченных антигенов у молодых больных достоверно выше, чем у доноров. Отмечается также тенденция к повышению уровня активационных и линий неограниченных маркеров у больных молодого возраста по сравнению с больными средней возрастной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барышников А. Ю. // Гематол. и трансфузиол.— 1990.— № 8.— С. 4—7.
2. Барышников А. Ю., Кадагидзе З. Г. // Современные направления создания медицинских диагностикомов.— М., 1988.— С. 23.
3. Барышников А. Ю. // Диагностика злокачественных новообразований.— М., 1988.— С. 68—70.
4. Кампова-Полевая Е. Б. Современные возможности иммунномониторинга и иммунокоррекции в процессе лечения рака молочной железы: Дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1989.
5. Рыжакова М. М. Разработка метода получения цитотоксических лимфоцитов и оценка его эффективности в изучение иммунного ответа при адоптивной иммунотерапии больных раком молочной железы: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1989.
6. Табагари Д. З., Харкевич Д. Д., Савинова А. Ю. // Материалы совещания «Новые подходы к вопросам иммунологии рака».— Кемерово, 1986.— С. 19—20.
7. Трапезников Н. Н., Кадагидзе З. Г., Полевая Е. Б. и др. // Иммунология опухолей.— Рига, 1982.— С. 70—77.
8. Федин Ю. В. Клинико-иммунологические аспекты рака молочной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1983.
9. Филатов А. В., Бачурин П. Ф., Маркова Н. А. и др. // Экспер. онкол.— 1989.— № 2.— С. 28—32.
10. Vose B. M., White W. // Cancer Immunol. Immunother.— 1983.— Vol. 15.— P. 227—236.
11. Wagner H., Harradt C., Rollinschhoff U. et al. // Immunobiology.— 1981.— Vol. 159.— P. 183—186.

Поступила 30.05.91

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.313-006

Е. Г. Матякин, А. А. Уваров, Е. Н. Ажигалиев

ОПУХОЛИ КОРНЯ ЯЗЫКА

НИИ клинической онкологии

Опухоли корня языка встречаются нечасто и относятся к новообразованиям языка и ротоглотки. Как в отечественной, так и в зарубежной литературе обычно приводится небольшое количество случаев (от 15 до 115). Рак корня языка обладает выраженным злокачественным течением и имеет крайне неблагоприятный прогноз с высокой вероятностью регионарного метастазирования (72 %). По данным литературы, 5-летняя выживаемость составляет от 9 до 34 % [1—12].

Редкость указанной патологии, трудности диагностики, неудовлетворительные отдаленные результаты лечения побудили нас обобщить и проанализировать клинический материал ВОНЦ АМН СССР. За период с 1970 по 1990 г. проходили лечение 77 больных с опухолями корня языка.

Из них злокачественные опухоли были у 68 (88,4 %) больных, доброкачественные — у 9 (11,6 %) больных. Мужчин со злокачественными опухолями было 52 (76,5 %), женщин — 16 (23,5 %), с доброкачественными — соответственно 5 и 4. Большинство больных с доброкачественными процессами были в возрасте 30—40 лет, со злокачественными — 40—60 лет (64,5 %).

Для опухолей корня языка характерна скудная симптоматика. Самый частый симптом злокачественных опухолей — боли в корне языка при глотании наблюдался у 80 % больных. Следует подчеркнуть, что боли могут иррадиировать в соседние анатомические образования. Последнее часто наблюдается и при воспалительных заболеваниях в орофарингеальной области. Чувство «инородного тела» в гортле при злокачественных опухолях корня языка встречается реже, оно отмечено у 7 больных. У 6 больных первым признаком заболевания было появление метастазов на шее, а у 1 — присутствие следов крови в мокроте. При доброкачественных опухолях основными симптомами являются: чувство «инородного тела» (у 5 больных), охриплость (у 2) и боль при глотании (у 2). Тщательный анализ указанных ранних признаков заболевания уже на первых этапах обследования позволяет заподозрить новообразование в области корня языка.

Скудость ранней симптоматики новообразований корня языка прежде всего обусловлена клинико-анатомическими особенностями данной области, а также отсутствием на данном этапе заболевания ярко выраженных специфических жалоб. Последние часто «маскируются» сопутствующими хроническими воспалительными процессами в орофарингеальной зоне. В связи с этим при первичном обращении к врачу нередко имели место диагностические ошибки (46,8 %). В качестве неправильного диагноза при доброкачественных опухолях в 44,5 % случаев фигурировали острые респираторные заболевания. При злокачественных опухолях предварительно были установлены следующие диагнозы: острые респираторные заболевания (у 4,5 % больных), ларингофарингит (у 7,4 %), тонзиллит (у 17,6 %), стоматит (у 8,8 %), одонтогенное воспаление (у 3 %), отит (у 1,5 %). В 11 % случаев при доброкачественных опухолях и в 13,2 % при злокачественных в связи с неправильно установленным диагнозом длительно применяли физиотерапию.

При поступлении регионарные метастазы выявлены у 59 % больных. В процессе лечения и наблюдения они реализовались у 16 (23 %) больных. Отдаленные метастазы выявлены при госпитализации у 1 больного, в процессе лечения и наблюдения — у 9 (13,2 %).

Наиболее часто опухоли корня языка располагались в боковых отделах (злокачественные — 73,5 %, доброкачественные — 55,5 %). Центральное расположение характерно в основном для доброкачественных новообразований — 44,5 % (при злокачественных 7,3 %). Переход же срединной линии языка при боковом расположении встретился только в 19,5 % при злокачественных процессах. Макроскопическая картина их разнообразна. Злокачественные опухоли чаще всего выглядели в виде подслизистого инфильтрата без четких границ (47 %). В остальных случаях они

имели вид язвы с инфильтративным компонентом (20,6 %) либо бугристого образования — 27,9 % (см. рисунок). Крайне редко злокачественные опухоли выглядели в виде цветной капусты или имели «шаровидную» форму (4,5 %). Размеры злокачественных опухолей в пределах 2—3 см выявлены в 56 %, 4 см — в 9 %, более 4 см — в 22 % случаев. Прорастание в соседние анатомические образования выявлено у 41 больного. Распространение опухоли чаще всего было в области дна полости рта, языка, небных дужек. Помимо этого, в 20,5 % случаев опухолевый процесс также поражал боковую стенку глотки и надгортанник, прорастание в альвеолярный отросток нижней челюсти имели место в 8,8 % случаев. Отсутствие каких-либо изменений со стороны слизистой оболочки полости рта и ротоглотки наблюдали в 25 %. При злокачественных опухолях последняя в 65 % случаев была изъязвлена, в 10 % имелась картина воспаления (отек, гиперемия). Рост злокачественных опухолей в 65 % наблюдений — инфильтративный, смешанный — в 23 % и экзофитный — в 12 % случаев. Доброкачественные опухоли в наших наблюдениях чаще всего имели вид бугристого образования — 55,5 % либо вид «шаровидной» или «овоидной» опухоли — 44,5 %. Размеры их были 2—3 см — у 6 больных или более 6 см — у 3 больных. Слизистая оболочка над опухолью в 55,5 % была не изменена, основными нарушениями ее были изменение в цвете (у 2 больных), реже изъязвление (у 1), а также гиперкератоз (у 1). Рост доброкачественных опухолей в 100 % наблюдений — экзофитный.

Учитывая трудности доклинической диагностики, целесообразно применение инструментальных методов диагностики (эндоскопия, ультразвуковая и рентгеновская компьютерная томография, радионуклидное и морфологическое исследования). Однако не всегда проводимый комплекс специальных методов диагностики помогает клиницисту установить правильный диагноз. Это связано прежде всего с тем, что каждый метод исследования имеет свой порог информативности.



Больной В., 50 лет. Плазмоцитома корня языка. Вид опухоли до операции.

Фиброларингоскопия помогает уточнить локализацию и распространение опухолевого процесса и при необходимости произвести пункцию или взять кусочек ткани из подозрительного участка для последующего гистологического исследования. Информативность этого метода превышает данные не прямой ларингоскопии. По нашим данным, правильный диагноз с помощью эндоскопии получен в 89,5 % случаев, тогда как не прямая ларингоскопия позволила диагностировать опухоль лишь в 56,7 %. Цитологическое исследование, проведенное в дооперационном периоде больным, позволило подтвердить диагноз в 48,8 %. Столь низкий процент правильных диагнозов может объясняться тем, что часто для исследования берутся соскобы со слизистой оболочки, в то время как рак корня языка нередко имеет подслизистый рост. При этом в мазках цитологи обнаруживают элементы воспаления либо неизмененный эпителий слизистой оболочки. На наш взгляд, соскобы следует производить лишь при наличии эрозии или язвы в области корня языка. При наличии инфильтрата под неизмененной слизистой оболочкой целесообразнее прибегать к пункции, трудности которой обусловлены анатомическим расположением опухолей. Гистологическое исследование в дооперационном периоде позволило получить подтверждение диагноза в 76 % случаев.

При гистологическом исследовании доброкачественных новообразований выявлены дистопия или зобноизмененная ткань щитовидной железы в корне языка — у 3 больных, гемангиома — у 4, нейрогенные опухоли (нейрофиброма, шваннома) — у 2. Злокачественные опухоли прежде всего представлены плоскоклеточным раком, составляющим 70 %. Среди всех злокачественных новообразований корня языка железистый или мукоэпидермоидный рак выявлен в 13 %, аденокистозный рак (цилиндромы) — в 11 %. К единичным наблюдениям можно отнести плазмоцитому у 2 больных, папиллярную аденокарциному из щито-язычного протока — у 1.

Лечение опухолей корня языка — сложная задача. При доброкачественных опухолях показано хирургическое лечение, заключающееся в удалении опухоли с помощью различных доступов (различные виды фаринготомий — 6 больных, внутриротовой доступ — 3 больных). При лечении злокачественных опухолей существуют различные мнения в отношении лечебной тактики. Часть авторов, в основном представляемая радиологами, склоняют в пользу лучевого лечения. Проведенная лучевая терапия нашим больным в суммарной дозе от 58 до 82 Гр позволила получить полную регрессию опухоли у 41 % больных. Отсутствие какого-либо эффекта наблюдалось в 8 % случаев. Рецидивы после полной регрессии опухоли были выявлены в 75 % случаев. 5-летняя выживаемость после лучевого лечения составила 17,9 %.

При хирургическом лечении злокачественных новообразований корня языка использовались различные доступы (различные виды фаринготомий — у 68 % больных, внутриротовой доступ — у 11 %, доступ с рассечением щеки по Бергману — у 11 %, фаринготомия с удалением гортани — у 7 %). 2 больным была выполнена криодеструкция. 22 пациентам произведены типичные операции, а 19 (46 %) проведены расширенно-

комбинированные операции. У 12 пациентов использовалась одномоментная пластика. 32 больным была проведена шейная диссекция, при этом в 20 (63 %) случаях гистологически было подтверждено наличие метастазов. Рецидивы после операций выявлены в 50 %. Проведение лишь хирургического лечения позволяет добиться 5-летней выживаемости в 16,7 % случаев.

Лекарственная терапия злокачественных опухолей нами не рассматривалась в связи с тем, что она проводилась лишь в комбинации с вышеуказанными видами лечения, а самостоятельно — только с паллиативной целью.

Комбинированное лечение, проведенное нашим больным, позволило добиться 5-летней выживаемости в 46,8 % случаев. Таким образом, следует признать, что единственным наиболее эффективным способом лечения рака корня языка является комбинированный метод.

Суммарная 5-летняя выживаемость всех больных раком корня языка составила 23,8 %. Следует признать отдаленные результаты лечения рака корня языка неудовлетворительными, улучшение же их следует искать на путях ранней диагностики и своевременного адекватного комбинированного лечения.

Выводы. 1. Рак корня языка — редкое заболевание, составляющее 11,3 % от всех злокачественных новообразований корня языка.

2. Диагностические ошибки при опухолях корня языка при первичном обращении больных к врачу составляют 42,6 %.

3. Согласно нашим данным, наиболее эффективным способом лечения рака корня языка является комбинированный метод, включающий лучевую терапию и оперативное вмешательство, который позволяет получить 5-летнее излечение в 46,8 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Классификация злокачественных опухолей по системе TNM. — Л., 1989. — С. 14—18.
2. Матякин Е. Г. Клинические аспекты регионарного метастазирования рака языка и гортани: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1988. — С. 328.
3. Напалков Н. П. Общая онкология. — Л., 1989. — С. 141—149; 444—450.
4. Пачес А. И., Ольшанский В. О., Любаев В. Л., Туок Т. Х. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани. — М., 1988. — С. 14—18.
5. Baris G., van Andel J. G., de Boer M. F. et al. // *Strahlentherapie*. — 1985. — Vol. 161, N 7. — P. 400—404.
6. Brace E., Hintz, md Kagan Robert A. md. Myron Wollin, md et al. // *J. Surg. Oncol.* — 1989. — Vol. 41. — P. 165—171.
7. Calais G., Reynaud-Bougnoix A., Bougnoix P., Le Floch O. // *Brit. J. Radiol.* — 1989. — Vol. 62. — P. 849—853.
8. Jahanno P., Brugere J., Ballet F. // *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*. — Paris, 1987. — Vol. 7. — P. 1—11.
9. Gorich J., Beyer-Enke S. A., Muller M. et al. // *Fortschr. Röntgenstr.* — 1988. — Vol. 149, N 3. — P. 277—279.
10. Lusinci A., Eskandari J., Son Y. et al. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1989. — Vol. 17. — P. 1191—1197.
11. Prades J. M., Schmitt T., Perron X. et al. // *Ann. Otolaryng. Chir. Cervicofac.* — 1989. — Vol. 106. — P. 561—565.
12. Rollo J., Rozenbom C. V., Trawley St., Korba A. // *Cancer (Philad.)*. — 1989. — Vol. 47, N 2. — P. 333—342.

Поступила 26.03.91