

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

В.Л. Любаев, И.Н. Пустынский, В.Ж. Бржезовский, Т.Д. Таболиновская, Т.А. Акетова, С.Б. Алиева, А.А. Айдырбекова

ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, г. Москва

Результаты лечения местно-распространенного плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта остаются малоутешительными и не превышают 30–40 % пятилетнего излечения.

Материал и методы. Неоадъювантная химиотерапия цисплатином и 5-фторурацилом по стандартной методике проведена 181 больному. Выраженный эффект (уменьшение опухоли более чем на 50 %) после одного курса отмечен у 63 %, после двух – у 70 %, причем полная регрессия наблюдалась у 26 % из них. Последующая лучевая терапия в режиме традиционного фракционирования проведена 169 больным. Непосредственное излечение получено у 69 % больных. Двухлетняя безрецидивная выживаемость составила 55 %, пятилетняя – 43 %.

Результаты. Установлено, что отсутствие эффекта от первого курса химиотерапии делает бесперспективным проведение последующих курсов и лучевой терапии. Уменьшение опухоли на 75 % и более позволяет рассчитывать на полное излечение. В остальных случаях показано хирургическое лечение в объеме комбинированных или органосохранных операций, что привело к двухлетнему излечению 60 % больных.

Выводы. Дифференцированный подход к результатам неоадъювантной химиотерапии рака слизистой оболочки полости рта позволил получить излечение после консервативных методов у значительного числа больных и не проводить этот вид лечения напрасно.

ПРОГРАММНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ МЯГКОТКАННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРБИТЫ У ДЕТЕЙ

О.В. Максимова, Т.Л. Ушакова, В.Г. Поляков

НИИ детской онкологии и гематологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Саркомы мягких тканей у детей составляют 8 %. В 35 % случаев рабдомиосаркома (РМС) локализуется в области головы и шеи, из них РМС орбиты составляет 25 %.

В НИИ ДОГ с 1991 по 2004 г. наблюдались 28 детей с первичными и рецидивными злокачественными опухолями орбиты. У 20 (71,4 %) диагноз установлен впервые, 8 (28,6 %) поступили с локальными рецидивами. Стадия T_2 встретилась в 55 % случаев, T_3 – в 45 %. На долю РМС пришлось 93 % с преобладанием эмбрионального варианта (85 %). 19 первичным пациентам на первом этапе проводилась операция (ОП) в объеме биопсии или радикального удаления опухоли с послеоперационной полихимиотерапией

(ПХТ): 17 – по схеме CaVCD (карбоплатин, винкристин, циклофосфан, доксорубин), 2 – по схеме VAC (винкристин, актиномицин Д, циклофосфан). По достижении максимального сокращения опухоли выполнялась орбитотомия с удалением опухоли или поднадкостничная экзентерация орбиты. В послеоперационном периоде проводилась ЛТ на область орбиты в СОД 45 Гр параллельно с ПХТ. Каждый больной получал до 8 курсов ПХТ. Один первичный пациент получал программу CWS-96 высокого риска. В рецидивной группе (n=8) ОП выполнялась после 4 курсов ПХТ (CaVCD (n=7), VAC (n=1)) с послеоперационной ЛТ в СОД 55,6 Гр, с продолжением ПХТ (4 курса). Общая пятилетняя выживаемость детей с первичны-

ми и рецидивными опухолями орбиты составила 67 и 50 % соответственно. В 60 % проведено органосохраняющее лечение, живы 83 % детей.

Программное лечение позволяет более чем в половине случаев избежать калечащих операций и не приводит к снижению выживаемости.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

А.С. Мамонтов, И.В. Решетов, С.Л. Шляков

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

В настоящее время многие исследователи отмечают тенденцию к увеличению частоты полинеоплазий, связывая ее с ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями, совершенствованием методологии обследования онкологических больных, внедрением в клиническую практику методов с высокой разрешающей способностью, увеличением числа пациентов, длительно живущих после радикального лечения, и, соответственно, увеличением вероятности возникновения новой опухоли (Чиссов В.И., Старинский В.В., 2004).

В МНИОИ им. П.А. Герцена в течение многих лет разрабатываются методы хирургического и комбинированного лечения рака пищевода. Учитывая тяжесть прогноза при этом заболевании, несомненный интерес представляют истинная частота метасинхронных и синхронных первично-множественных опухолей с поражением пищевода, состояние диагностики, оценка возможностей лечения данного контингента больных. К настоящему времени нами, за период 1988–2005 гг., накоплен опыт наблюдения и лечения 181 больного раком пищевода, у которых, синхронно или метасинхронно, были выявлены первично-множественные злокачественные опухоли. Частота первично-множественного рака пищевода составила 6,31 % по отношению ко всем впервые поступившим на лечение с диагнозом рак пищевода.

Сочетание рака пищевода со злокачественными опухолями органов головы и шеи нами отмечено у 56 больных в возрасте 42–75 лет. У 46,7 % больных опухоли были выявлены синхронно, у 53,3 % – метасинхронно. Среди метасинхронно выявленных первично-

множественных опухолей в 71,4 % опухоль в пищеводе являлась 2-й локализацией. Формирование группы больных (28,6 %), где опухоль пищевода была выявлена первой, и далее диагностированы метасинхронные опухоли других органов, мы объясняем успехами применяемых в клинике методов комбинированного лечения рака пищевода, позволяющих дожить до появления второй локализации.

В случаях, когда рак пищевода был диагностирован как первичная опухоль, метасинхронные опухоли чаще диагностируются в гортани – 36,2 %, в гортаноглотке – 17,0 %, в слизистой дна полости рта – 17,0 %, ротоглотке – 14,9 %. Рак пищевода, как вторая опухоль, преимущественно диагностируется после ранее выявленных опухолей ротоглотки и полости рта – 22,1 %, гортани – 10,3 %. Наиболее характерными локализациями синхронных опухолей является гортань – 21,3 %, гортаноглотка – 12,7 %, ротоглотка и полость рта – 10,3 %.

На основании накопленного нами опыта считаем, что подходы к лечению метасинхронных опухолей не должны отличаться от лечения солитарных опухолей той же локализации. Главным осложняющим моментом здесь являются последствия лечения первой опухоли, особенно при проведении хирургического вмешательства и лучевого лечения вследствие нарушения топографо-анатомического взаимоотношения органов и тканей. Более сложной проблемой является выбор лечебной тактики при синхронном первично-множественном опухолевом поражении различных органов и систем. При этом узловыми вопросами являются оценка местной распространенности