

ПРОФИЛАКТИКА МЕСТНЫХ И СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИМИОЛУЧЕВОГО И ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

В.С. Аниськина, А.П. Федотов, Н.В. Кривонос

Городская клиническая больница № 33 им. проф. Остроумова, г. Москва

В ходе множественных клинических исследований, проведенных у больных местно-распространенным плоскоклеточным раком головы и шеи III–IV ст., наиболее эффективным признано проведение на первом этапе химиолучевого лечения в различных последовательностях. Местные и общие осложнения при проведении химиолучевого лечения (ХЛЛ) остаются существенным сдерживающим фактором при определении лечебной тактики. Имеющиеся различные схемы профилактики химиолучевых осложнений не всегда удовлетворяют клиницистов. Одномоментно химиолучевая терапия увеличивает интенсивность местных и общих осложнений в виде эпителиитов, лейкопении, тромбоцитопении, анемии, осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и может быть одной из причин послеоперационных осложнений. Задачей нашего исследования было изучение эффективности медикаментозной, в т.ч. трансфузионной, терапии в комплексе мероприятий по профилактике общих и местных осложнений при проведении одномоментного ХЛЛ у больных раком орофарингеальной области в рамках комплексного / комбинированного лечения.

Материал и методы. Исследована группа из 68 больных раком орофарингеальной зоны III–IV ст., которым проведено комплексное / комбинированное лечение, одномоментной предоперационной химиолучевой терапией. Рак гортани был у 19 больных, гортаноглотки – у 22, ротоглотки – у 5, дна полости рта – у 10, языка – у 8, дна полости рта и языка – у 4, III и IV ст. опухолевого процесса были соответственно у 38 и 30 больных.

Все больные с первого дня лечения получали метронидазол 1 т. х 3 раза в сут, нистатин 1 т. х 5 раз в сут под язык, полиоксидоний 0,006 в/м 1 раз в сут (каждую

пятидневку); полоскание полости рта антисептическими растворами (водный р-р хлоргексидина 0,02 %, фурацилина, отвары ромашки, шалфея); обработка кожи в пределах полей облучения антисептическими мазями (Метилурациловая, Актотегин, Левомеколь). На втором пятидневном этапе лечения больным назначается цисплатин в дозе 80–120 мг/м² однократно за 1 ч до лучевой терапии с водной нагрузкой. В плане профилактики местных и общих осложнений на втором пятидневном этапе к вышеуказанному добавляется трансфузионная дезинтоксикационная терапия ежедневно (0,5 % р-р глюкозы, 0,9 % р-р NaCl, гемодез, реополиглюкин, свежзамороженная плазма крови, растворы белков и аминокислот). Контрольную группу составили 50 больных раком орофарингеальной зоны, подобранные по возрасту к исследуемой группе, которым проводилось онкологическое лечение без вышеописанной терапии.

Результаты. По сравнению с контрольной группой лучевые местные реакции слабой и умеренной степени выраженности отмечены только у 5 % больных, по сравнению с 18 % в контрольной группе. Язвенно-эрозивных эпителиитов не было. Общие реакции в виде лейкопении, лихорадки (быстро купирующиеся подключением гормонотерапии без прерывания лечения) отмечены у 4 больных в исследуемой группе и у 7 – в контрольной.

Выводы. Представленная комбинация профилактики осложнений ХЛЛ лечения у больных орофарингеальной зоны доступными и экономичными средствами оказалась эффективной почти у всех больных и может быть рекомендована для применения в практическом здравоохранении.

ПРОЦЕСС МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ КАК МОДЕЛЬ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТОПИЧЕСКОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ

Р.Т. Бакиров, Т.Ф. Лхметов

Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа

Опухолевая диссеминация новообразований головы и шеи в основном происходит лимфогенным

путем (35–60 %). В связи с этим возникает необходимость своевременного лечебного воздействия на лим-

фатическую систему шеи у больных раком органов головы и шеи в сроки, когда регионарные метастазы не проявляются клинически, т.е. при непальпируемых лимфатических узлах.

Целью нашего исследования является определение клинического, анатомического количества лимфоузлов, их органной принадлежности в области головы и шеи.

Материал и методы. Проведено исследование анатомии расположения лимфоузлов на клиническом материале. Проведено уточнение расположения клинически определяемых метастатических лимфоузлов на шее с помощью дополнительных методов исследования (УЗИ, КТ, цитология и послеоперационный материал). Оценено состояние сторожевых лимфоузлов в зависимости от первичной локализации опу-

холевого процесса. Изучено 88 случаев расположения метастатических лимфоузлов в зависимости от локализации первичного опухолевого очага (гортань, язык, слизистая оболочка дна полости рта, щитовидная железа, меланома кожи, нижняя губа).

Результаты и выводы. Установлено, что в подчелюстной области поражается 3–4 лимфоузла, на шее мы выделили передний, средний и задний. В области шеи поражаются поверхностные и глубокие лимфоузлы, из которых мы выделили передние поверхностные шейные лимфоузлы; латеральные поверхностные лимфоузлы 1–2; задний поверхностный шейный лимфоузел; глубокие верхние 3–4; глубокие средние 1–3; нижние глубокие 1–2 и паратрахеальные околоушные лимфоузлы при вышеуказанных локализациях злокачественных новообразований.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Л.Н. Балацкая, Е.Л. Чойнзонов, Е.А. Красавина, С.Ю. Чижевская

ГУ НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

Изучение качества жизни больных раком гортани – один из основных критериев оценки восстановления голосовой функции. Научную основу, позволяющую измерить качество жизни, составляют количественная оценка и объективность.

Цель исследования. Количественная и качественная оценка качества жизни больных после ларингэктомии как критерий эффективности применения реабилитационной программы.

Под нашим наблюдением находилось 22 пациента с диагнозом рак гортани III–IV ст., которым в плане комбинированного лечения выполнено хирургическое вмешательство в объеме ларингэктомии. Изучение качества жизни проводилось в рамках протокола международного сотрудничества с Европейской организацией исследования и лечения рака. Использовался опросник EORTC QLQ-30 (version 3.0) и специфический для опухолей головы и шеи QLQ-H&N35. При анализе анкет-опросников по функциональным шкалам выявлено, что выполнение обширного хирургического вмешательства неизбежно сказывается на возможности выполнять работу, связанную с физической нагрузкой. При этом отмечается снижение физического статуса с 88,4 до 54,6 балла. Проведение

реабилитационных мероприятий позволило улучшить данный показатель до 84 баллов. Наличие опухолевого процесса, ожидание калечащего оперативного вмешательства ухудшают эмоциональное состояние больных до 70 баллов. Голосовая реабилитация дает возможность восстановить утраченные функции, тем самым улучшить эмоциональный статус пациентов до 71,2 балла, а затем до 88,2 балла. До начала лечения у больных отмечались затруднения, связанные с речевым общением, они составляли 45,2 балла, после удаления гортани речевые проблемы существенно возросли до 76 баллов, после формирования звучной речи этот показатель уменьшился в 3 раза, до 25,2 балла. Общий показатель качества жизни до начала комбинированного лечения составил 41,4 балла, это обусловлено тяжестью заболевания и выраженностью функциональных расстройств. Благодаря эффективности реабилитационных мероприятий общий показатель качества жизни возрос в 1,5 раза, до 60,2 балла.

Таким образом, количественная оценка качества жизни больных позволяет объективно оценить эффективность восстановления голосовой функции, в динамике корректировать тактику проведения реабилитационных мероприятий, сопоставлять качество жизни пациентов и клиническо-функциональные данные.