

прямою связано с его токсическим и кумулятивным воздействиями.

Список литературы

1. Автандилов, Г. Г. Медицинская морфометрия / Г. Г. Автандилов. – М. : Медицина, 1990. – 384 с.
2. Захлебаева, В. В. Морфофункциональные изменения печени животных под воздействием ионизирующего излучения и солей тяжелых металлов / В. В. Захлебаева // Таврический медико-биологический вестник. – 2006. – Т. 9, № 3. – Ч. I. – С. 66–69.
3. Зуев, М. Г. Танталовые рентгеноконтрастные вещества / М. Г. Зуев, Л. П. Ларионов. – Екатеринбург : УрО РАН, 2002. – 155 с.
4. Ильин, Д. А. Формирование рубца в печени / Д. А. Ильин, И. В. Майбородин // Морфология. – 2003. – № 1. – С. 80–83.
5. Калашникова, М. М. Ультراструктурная характеристика процесса резорбции коллагена в цирротически измененной печени / М. М. Калашникова // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2000. – № 1. – С. 4–10.
6. Козвонин, В. А. Влияние озонотерапии на выраженность жировой дистрофии и количество соединительнотканых элементов в патологически измененной печени / В. А. Козвонин, С. Ю. Большухин, С. А. Арасланов // Актуальные проблемы морфологии : сб. тр. – 2004. – Т. 129. – С. 35–136.
7. Мичурина, С. В. Влияние 3,4-бензпирена на ультраструктурную организацию синусоидных клеток тканевого микрорайона печени половозрелых крыс-самцов / С. В. Мичурина, С. И. Колесников, С. В. Алисиевич и др. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2000. – № 12. – С. 696–699.
8. Непомнящих, Г. И. Ультраструктурное и иммуногистохимическое исследование звездчатых клеток печени в динамике фиброза и цирроза печени инфекционно-вирусного генеза / Г. И. Непомнящих, С. В. Айдагулова, Д. Л. Непомнящих и др. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2006. – № 12. – С. 681–686.
9. Черненко, Н. В. Гемомикроциркуляторное русло печени крысы в норме и после экспериментальной спленэктомии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Черненко. – СПб., 2008. – 22 с.
10. Shalan, M. G. Amelioration of lead toxicity on rat liver with Vitamin C and silymarin supplements / M. G. Shalan, M. S. Mostafa, M. M. Hassouna et al. // Toxicology. – 2005. – Vol. 206, № 1. – P. 1–15.

Здорнова Олеся Владимировна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры гистологии, ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 355000, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, тел.: (8652) 35-34-40, e-mail: zovst@yandex.ru.

Радцева Галина Львовна, доцент, кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой гистологии, ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 355000, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, тел.: (8652) 35-34-40, e-mail: radcev@gmail.com.

Пискарева Евгения Ивановна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры гистологии, ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 355000, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, тел.: (8652) 35-34-40, e-mail: ivga.stgma@mail.ru.

УДК 616.31-086

© О.В. Иванова, Г.Г. Матякин, В.М. Иванов, М.В. Шейкин, 2013

О.В. Иванова^{1,2}, Г.Г. Матякин³, В.М. Иванов², М.В. Шейкин²

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

¹ГБУЗ АО «Стоматологическая поликлиника № 4», г. Астрахань

²ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер», г. Астрахань

³ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами
Президента Российской Федерации, г. Москва

Проанализированы результаты хирургической санации при лечении местно-распространенного рака слизистой полости рта у 320 больных. Показано, что оптимальными сроками санации полости рта у этой категории

больных является период до проведения химиолучевой терапии. Выявлена выраженная тканевая реакция и различные осложнения, наблюдаемые в период проведения лучевой терапии при суммарной дозе (СОД) 40 Гр и более, а также в отдаленные периоды после радиотерапии. Отмечено значительное улучшение заживления лунки после удаления зубов при использовании губки «Тромбокол» и пасты «Alvogyl», вводимых в устье лунки с одновременным проведением мероприятий, направленных на профилактику мукозита.

Ключевые слова: хирургическая санация, химиолучевая терапия, суммарная очаговая доза, мукозит.

O.V. Ivanova, G.G. Mataykin, V.M. Ivanov, M.V. Sheykin

THE STOMATOLOGIC ASPECTS OF ACCESSORY THERAPY IN TREATMENT OF LOCALLY DISTRIBUTED CANCER OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY

The results of surgical sanitation in treatment of locally distributed cancer of the mucous membrane of the oral cavity in 320 patients were analyzed. It was defined the optimal dates of oral cavity sanitation in such category of patients to be the period of pre-rendering the chemical-radial therapy. The expressed tissue reaction and different complications were observed during the period of making radial therapy in case of sum doses (SD) 40Gr and more, sometimes even in remote time after radiotherapy. It was marked the significant improvement of recovery of wound after removing the teeth using sponge «Thrombokol» and paste «Alvogyl» introducing them into the wound with simultaneous rendering of measures directed to the prophylaxis of mucositis.

Key words: surgical sanitation, chemical-radial therapy, summing focus dosage, mucositis.

Введение. В последнее время отмечается неуклонный рост заболеваемости раком слизистой оболочки полости рта, лечение которого даже на ранних стадиях является сложной проблемой клинической онкологии. Результаты существующих методов лечения часто остаются неудовлетворительными. Вследствие побочных эффектов химиотерапии и лучевого воздействия при лечении злокачественных заболеваний полости рта возможны осложнения, которые могут приводить к тяжелому мукозиту с вовлечением в этот процесс всех составных компонентов ротовой полости: самой слизистой, малых и больших слюнных желез, костных структур с обязательными изменениями в зубах [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Особые сложности возникают при терапевтической и хирургической санации полости рта в процессе или в ранние сроки после проведения химиолучевой терапии, когда значительно увеличивается число инфекционных осложнений со стороны костных структур ротовой полости [7, 8, 9, 10, 11].

Это во многом определяет необходимость проведения профилактических мероприятий в полости рта до начала специального лечения и постоянного стоматологического мониторинга с проведением лечебных мероприятий не только в процессе химиолучевой терапии у этого контингента больных, но и в ранние сроки после нее.

Остается нерешенным ряд вопросов стоматологической подготовки больных к операции и реабилитации их в раннем послеоперационном периоде на фоне проведенных до операции курсов химиолучевой терапии. Вышеизложенное делает весьма актуальной проблему стоматологической сопроводительной терапии при лечении больных со злокачественными опухолями слизистой полости рта.

Цель: усовершенствовать методы стоматологической сопроводительной терапии у больных со злокачественными заболеваниями слизистой полости рта в процессе всего периода лечения и реабилитации.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 320 больных с раком слизистой полости рта в Астраханском областном онкологическом диспансере и в радиологическом отделении ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ. Возраст больных колебался от 28 до 74 лет. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего	
			Количество	%
До 30 лет	3	1	4	1,2
31–40	25	4	29	9,1
41–50	98	8	106	33,1
51–60	110	16	126	39,4
Старше 60 лет	48	7	55	17,2
Всего	284 (88,7%)	36 (11,3%)	320	100

Среди больных, включенных в исследование, отмечено значительное преобладание мужчин (284 (88,7 %) человека) над женщинами (36 (11,3 %) человек). Наибольшую группу составили больные в возрасте от 41 до 60 лет – 232 (72,5 %) пациента, то есть лица трудоспособного возраста. Локализация первичной опухоли представлена в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по полу и локализации опухоли

Локализация опухоли	Мужчины	Женщины	Всего	
			Количество	%
Язык	145	27	172	53,8
Дно полости рта	102	3	105	32,8
Прочие отделы полости рта	37	6	43	13,4
Всего	284 (88,7 %)	36 (11,2 %)	320	100,0

Преимущественное поражение передних отделов при раке слизистой оболочки дна полости рта имело место у 19,7 % больных, боковых – у 11,3 %, заднебоковых – у 7 %, сочетанное поражение переднебоковых отделов – у 62 % пациентов. Опухоль преимущественно вовлекала в процесс два или три функционально-структурных отдела полости рта. Так, распространение опухоли на соседние органы при раке языка отмечено у 39,4 % больных, дна полости рта – у 67,6 %. У 12 из 14 больных раком альвеолярного отростка нижней челюсти имела место костная деструкция. Последняя отмечалась у 8 больных раком ретромолярной области. Распределение больных по стадиям отмечено, согласно Международной классификации, TNM от 1997 г., в таблице 3.

Таблица 3

Распределение больных при различных локализациях в зависимости от символа Т

Локализация опухоли	Т ₃		Т ₄		Всего	
	Количество	%	Количество	%	Количество	%
Язык	142	85,1	30	14,9	172	50,8
Дно полости рта	83	77,5	22	22,5	105	35,7
Альвеолярный отросток	5	12,5	15	87,5	20	4,0
Ретромолярная область	8	73,3	8	26,7	16	7,5
Щека	4	50	3	50	7	2,0
Итого	242	75,6	78	24,4	320	100

У всех больных наряду с обширным местным поражением диагностированы увеличенные регионарные лимфатические узлы шеи, большинство из которых было верифицировано морфологически. Для этого нередко использовалась пункционная биопсия под УЗИ контролем, а при необходимости выполнялась открытая биопсия.

У 97,9 % пациентов опухоль морфологически была представлена плоскоклеточным раком. Высокодифференцированный рак (I степень злокачественности) выявлен у 15 % больных, умереннодифференцированный (II степень злокачественности) – у 59 %, слабодифференцированный (III степень злокачественности) – у 25 % пациентов и в 1 % был обнаружен низкодифференцированный рак.

Все больные были разделены на три группы. В первую группу вошли 173 (54,1 %) пациента, которым санация полости рта проводилась за 5–7 дней до начала проведения лучевого лечения или химиотерапии. Вторую группу составили 67 (20,1 %) больных, которым удаление разрушенных зубов осуществили в период проведения облучения и химиотерапии. В третью группу были включены 80 (25 %) пациентов, которым зубы удаляли в различные сроки после проведения химиолучевой терапии. Удаление зубов больным второй и третьей групп проводили по срочным показаниям в связи с обострением хронического одонтогенного воспалительного процесса (хронический периодонтит и хронический пародонтит) и невозможностью осуществления терапевтической санации, а также при повреждении окружающих тканей острым краем разрушенного зуба. В этих группах по показаниям одномоментно удаляли 1–2 зуба.

С целью профилактики развития воспалительных осложнений, в частности, остеорадионекроза, до экстракции и в течение недели после нее назначали по показаниям антимикробную и десенсибилизирующую терапию: линкомицин 0,5 мг (по 2 капсулы 2 раза в день), тавегил 0,001 г (по 1 таблетке 2 раза в день).

Удаление зубов проводили под местным инфильтрационным и проводниковым обезболиванием с использованием анестетика без вазоконстриктора. Для анестезии применяли анестетики: мепивакаин (3 % – 1,7 мл), лидокаин (2 % – 4 мл). Операцию удаления старались осуществлять щадяще,

без нанесения дополнительной травмы. Всего у 173 больных первой группы с целью хирургической санации удалили 401 зуб, из них 289 (72,1 %) – на нижней и 112 (27,9 %) – на верхней челюстях.

Для предупреждения развития осложнений после удаления зубов в область устья лунки вводили противовоспалительную пасту «Alvogyл», и отечественную гемостатическую губку «Тромбокол». В состав пасты «Alvogyл» фирмы «Септодонт» входит: йодоформ (15,8 г), бугилпарааминобензойная кислота (25,7 г), эвгенол (13,7 г), эксципиент. Она оказывает местное противовоспалительное, анальгезирующее и гемостатическое действие. Комбинация этих препаратов проявляет местное гемостатическое и антибактериальное действие, стимулирует заживление ран. Терапевтическая санация у этих больных не осуществлялась. Проводилась сравнительная оценка сроков заживления лунок в этих трех группах больных и у 100 пациентов контрольной группы, примерно одинакового возраста, не имевших злокачественного процесса, которые приходили на прием к стоматологу в поликлинику № 3 г. Астрахани.

Всем больным осуществили стоматологическое обследование, которое включало в себя опрос, сбор анамнеза и жалоб больного. Выявляли сопутствующие заболевания, вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем). Во время осмотра полости рта определяли вид прикуса, количество зубов, кариозные и некариозные поражения. Фиксировали наличие зубных протезов и их качество, состояние имеющихся пломб. Гигиеническое состояние полости рта оценивали по методу Федорова-Володкиной.

Для объективной оценки состояния костной ткани в области лунки, периодонта и тканей пародонта по показаниям проводили рентгенологическое исследование (прицельные внутриротовые снимки зубов и ортопантограммы) до удаления и после него спустя 6 месяцев.

Контрольный осмотр после удаления зубов осуществляли на 2, 7, 15 сутки после экстракции, а также через 30, 60 дней, 1 и 2 года после операции.

Сравнительную оценку динамики заживления лунок после удаления зубов проводили на основании изучения следующих признаков:

- жалоб больных на самостоятельную боль в области лунки удаленного зуба;
- наличие отека и гиперемии мягких тканей лица;
- наличие отека и гиперемии в области мягких тканей слизистой оболочки в области лунки;
- наличие боли при пальпации в месте удаления;
- сроков организации кровяного сгустка и заживления лунки.

Химиотерапия проводилась по стандартным схемам. Дистанционная гамматерапия (ДГТ) – по методу расщепленного или многократно расщепленного курса лучевой терапии в режиме традиционного фракционирования дозы (5 фракций в неделю по 2 Гр ежедневно до суммарной очаговой дозы (СОД) 60–70 Гр.

Вторую группу составили 67 больных, которым удаление зубов провели в различные периоды ДГТ. Данным пациентам удалили 183 зуба в связи с обострением хронической одонтогенной инфекции по экстренным показаниям. Больных второй группы разделили на три подгруппы в зависимости от полученной СОД.

В первую подгруппу вошли 19 пациентов (удалено 76 зубов), у которых СОД составила до 20 Гр, во вторую подгруппу – 23 больных (удалено 58 зубов) с СОД от 21 до 40 Гр, в третью подгруппу – 25 пациентов (удалено 49 зубов) с СОД от 41 до 60 Гр.

В третью группу вошли 80 больных, которым удаление 256 зубов осуществили в различные сроки после окончания курса лучевой терапии: 20 больным – в первые 3 месяца, 15 пациентам – спустя 3–6 месяцев, 29 больным – от 1 года до 2 лет, 16 пациентам – свыше 2 лет. У больных третьей группы удаление зубов проводили в связи с обострением хронического периодонтита и хронического пародонтита и имевшимися противопоказаниями к осуществлению терапевтической санации. Одновременно у них удаляли 1–2 зуба. При проведении операции удаления зуба придерживались следующих принципов:

- во избежание дополнительной гипоксии тканей использовали анестетики без адреналина;
- до удаления и неделю после него назначали антибиотикотерапию с целью предупреждения развития воспалительных осложнений;
- удаление зубов стремились производить без дополнительной травмы слизистой оболочки десны в виде ее разрыва и без оскольчатого перелома кости альвеолярного отростка и скусывания ее краев.

В устье лунки удаленного зуба с целью противовоспалительного и обезболивающего эффекта вводили гемостатическую губку «Тромбокол» или пасту «Alvogyл». На десну лунки с целью уменьшения раневой поверхности накладывали сближающие швы. Особая роль отводилась профилактике мукозита. С этой целью широко использовали Пантенол-спрей и мазь бепантен, которые снижали боле-

вые ощущения, деринат, имудон, гексализ, обладающие иммуномодулирующими и антибактериальными действиями. При кандидозе назначали специфические препараты. Широко использовали антибиотики различного спектра действия.

Динамическое наблюдение осуществляли на 2, 7, 15 сутки, а также через 1 и 2 месяца, через 1 и 2 года после удаления.

Результаты исследования. Результаты сравнительной оценки этапов заживления лунок у больных всех исследуемых групп по сравнению с контрольной группой показали, что на 2 сутки после удаления зуба достоверной разницы в выраженности воспалительных явлений при сравнении с первой группой не отмечено. При сравнении со второй группой отмечалась значимая разница по всем признакам. Сравнительный анализ контрольной и третьей групп показал достоверные различия по двум признакам: самостоятельная боль и отек слизистой оболочки в области лунки удаленного зуба, которые чаще встречаются у больных третьей группы.

На 7 сутки разницы в средних сроках заживления лунок между контрольной и первой групп не отмечено. При сравнении со второй группой определялась значимая разница по всем признакам ($p < 0,05$), а с третьей группой различие существовало по трем признакам: отек, гиперемия и боль слизистой оболочки в области удаленного зуба.

На 15 сутки динамического контроля значимой разницы между контрольной и первой группами также не выявлено. При сравнении со второй и третьей группами определялась разница по следующим признакам: отек и гиперемия слизистой оболочки в области лунки, которые значительно чаще сохранялись у больных данных групп.

Результаты сравнительного анализа клинических признаков заживления лунок между пациентами первой и второй групп на 2 сутки после удаления показали наличие значимой разницы в таких показателях, как самостоятельная боль и отек мягких тканей. На 7 сутки достоверное различие в выраженности воспалительных явлений существовало по всем исследуемым признакам. На 15 сутки динамического контроля у больных второй группы чаще выявляли отек и гиперемию слизистой оболочки в области удаленного зуба.

При сравнении показателей заживления лунки между первой и третьей группами на вторые сутки существенную разницу выявили в признаке «самостоятельная боль». На 7 сутки больные третьей группы достоверно чаще предъявляли жалобы на боль, у них обнаруживали отек и гиперемию слизистой оболочки в области лунки удаленного зуба. На 15 сутки в третьей группе достоверно больше было пациентов с отеком и гиперемией слизистой оболочки в области лунки удаленного зуба.

Результаты сравнительного анализа встречаемости признаков заживления лунки между больными второй и третьей групп на 2 сутки показали, что больных с отеком мягких тканей в области лунки удаленного зуба было значимо больше во второй группе. На 7 и 15 сутки разницы между встречаемостью клинических признаков не отмечено.

Заживление и эпителизация лунок у больных первой группы проходили без особенностей, организация кровяного сгустка и заполнение лунки созревающей грануляционной тканью завершилось у 23 больных через 2 недели и у 6 пациентов – к третьей неделе. Полное заживление лунок у больных второй и третьей групп происходило значительно медленнее, чем у больных первой группы, спустя 2 месяца после удаления.

Кроме того, был проведен сравнительный анализ заживления лунок удаленных зубов у 37 больных второй группы с использованием противовоспалительных препаратов «Alvogyl» и «Тромбокол» и без их применения (17 больных). Анализ показал, что на 2 сутки у пациентов не было значимой разницы в клинических проявлениях после удаления зуба. На 7 и 15 сутки у больных без использования данных препаратов имелась достоверная разница по признакам отек и гиперемия слизистой оболочки в области лунки, чаще отмечалась боль при пальпации в области удаленного зуба. Таким образом, ответная воспалительная реакция после удаления зубов у больных с использованием «Alvogyl» и «Тромбокола» была менее выражена. При использовании пасты «Alvogyl» 32 (43 %) пациента отметили неприятный запах и привкус лекарства во рту. При этом 10 (14 %) больных ощутили появление рвотного рефлекса.

При использовании гемостатической губки «Тромбокол» пациенты жалоб не предъявляли. Таким образом, наблюдения, касающиеся особенностей заживления лунок удаленных зубов у 178 больных до, во время и после проведения лучевой терапии показали, что при дентальной экстракции во время лучевой терапии сроки заживления лунок были значимо увеличены по всем признакам, а воспалительная реакция проявлялась достоверно более выражено по сравнению с контролем и первой группами. Достоверного различия в сроках и характере заживления лунок между пациентами второй и третьей групп по большин-

ству признаков не отмечено. Лунки удаленных зубов во второй и третьей групп полностью эпителизировались спустя 1,5 или 2 месяца вторичным натяжением, в то время как заживление лунок у больных первой группы по срокам не отличалось от контроля.

В отдаленные сроки (1 год и более) наблюдения продолжили за 102 больными. Остальные пациенты выбыли из динамического контроля по причине рецидива опухолевого процесса и дальнейшей гибели больных от основного заболевания.

Выводы.

1. Оптимальными сроками хирургической санации полости рта у больных с местно-распространенным раком слизистой полости рта является период до начала химиолучевой терапии и первый этап лучевой терапии с суммарной очаговой дозой до 20 Гр. При этом выраженность постэкстракционных воспалительных явлений и сроки заживления лунки не отличаются от обычных.

2. Выраженная тканевая реакция и значительное удлинение сроков заживления лунки наблюдаются при удалении зубов в период проведения лучевой терапии при СОД 21–40 Гр и особенно 41–60 Гр, а также в отдаленные периоды после радиотерапии.

3. При проведении хирургической санации полости рта у этой категории больных в период и после окончания лучевой терапии целесообразно проводить комплекс мероприятий для профилактики постэкстракционных воспалительных явлений с использованием губки «Тромбокол» или пасты «Alvogyl», вводимых в устье лунки с одномоментным проведением противовоспалительной и иммуностимулирующей терапии.

Список литературы

1. Алиев, Б. М. Инфузионная химиотерапия (5-ФУ + платидиам) в сочетании с суперфракционированным облучением в лечении рака ротоглотки / Б. М. Алиев, А. М. Гарин, К. А. Бабаев // Вестник ОНЦ РАМН. – 1994. – № 3, Приложение. – С. 34–36.

2. Алиев, Б. М. Отдаленные результаты комплексного лечения местно-распространенного рака слизистой оболочки полости рта / Б. М. Алиев, А. И. Пачес, Т. П. Чуприк-Малиновская // Вопросы онкологии – 1990. – Т. 36, № 11. – С. 1358–1361.

3. Белозерова, Н. Н. Особенности ведения больных с патологией пародонта на фоне лучевой терапии злокачественных опухолей полости рта : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Н. Белозерова. – М., 2002. – 20 с.

4. Важенин, А. В. Организация лучевого лечения больных раком органов полости рта / А. В. Важенин, А. Р. Клипфель, В. М. Шевченко // Вопросы онкологии. – 1991. – Т. 37, № 4. – С. 484–486.

5. Гончарова, Е. Н. Поражение полости рта, вызванные источником ионизирующего излучения / Е. Н. Гончарова, В. Н. Олесова, В. Н. Сеницина, Л. Н. Бачанова // Российский стоматологический журнал. – 2002. – № 4. – С. 44–46.

6. Карасева, В. В. Химиолучевое лечение больных с местно-распространенным раком органов полости рта и ротоглотки / В. В. Карасева, З. Д. Кицманюк, Л. И. Мусабаева и др. // Российская онкология. – 2000. – № 4. – С. 21–23.

7. Brunis, H. Pretherapy dental decisions in patients with head and neck cancer / H. Brunis, R. Koole, D. Jolly // Oral. Surg. – 1998. – Vol. 86, № 3. – P. 256–268.

8. Janjan, N. A. Radiation, therapy for squamous cell carcinomas of the oral cavity and oropharynx / N. A. Janjan, B. Campbell, J. F. Wilson // Cancer. Treat. Rev. – 1990. – Vol. 17, № 1. – P. 89–101.

9. Olmi, P. Locoregionally advanced carcinoma of the oropharynx: conventional radiotherapy vs. accelerated hyperfractionated radiotherapy vs. concomitant radiotherapy and chemotherapy – a multicenter randomized trial. / P. Olmi, S. Crispino, C. Fallai et al. // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. – 2003. – Vol. 55, № 1. – P. 78–92.

10. Toth, B. Prevention and management of oral complications associated with cancer therapies radiotherapy (Chemotherapy) / B. Toth, M. S. Chambers, F. Fleming // Texas dent. J. – 1996. – Vol. 113, № 6. – P. 23–29.

11. Virag, M. M. Recurrences of oral cancer to discontinuous periosteal involvement / M. M. Virag, A. Bunarevic, N. Aljinovic // Amer. J. Surg. – 1991. – Vol. 162, № 4. – P. 388–392.

Иванова Ольга Вячеславовна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением терапевтической стоматологии ГБУЗ АО «Стоматологическая поликлиника № 4» г. Астрахани, врач-стоматолог ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер», г. Астрахань, 414015, пл. Заводская, д. 88, тел.: 8-905-360-47-53, e-mail: ood85@mail.ru.

Матякин Григорий Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, главный врач радиологического корпуса ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Россия, 121359, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15, тел.: (495) 530-04-12.

Иванов Вячеслав Михайлович, доктор медицинских наук, заместитель главного врача ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер», Россия, 414041, г. Астрахань, ул. Бориса Алексеева, д. 57, тел.: 8-960-852-11-00, e-mail: ood85@mail.ru.

Шейкин Максим Владимирович, врач-онколог, лучевой терапевт радиологического отделения ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер», Россия, 414041, г. Астрахань, ул. Бориса Алексеева, д. 57, тел.: (8512) 45-92-25, e-mail: ood85@mail.ru.

УДК 616.31-006.6-08

© В.М. Иванов, О.В. Иванова, М.В. Шейкин, 2013

В.М. Иванов¹, О.В. Иванова^{1,2}, М.В. Шейкин¹

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

¹ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер», г. Астрахань

²ГБУЗ АО «Стоматологическая поликлиника № 4», г. Астрахань

Научный обзор посвящен изучению методов лечения местно-распространенного рака слизистой полости рта. Злокачественные опухоли данной локализации характеризуются крайне высоким потенциалом местного рецидивирования и быстрого прогрессирования, что и определяет трудности адекватного лечения. Только проведение комбинированного и комплексного подхода к терапии рака слизистой полости рта позволит улучшить результаты лечения больных с этой патологией.

Ключевые слова: *местно-распространенный рак, химиолучевая, слизистая полости рта, рецидив.*

V.M. Ivanov, O.V. Ivanova, M.V. Sheykin

MODERN TENDENCIES IN TREATMENT OF MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY CANCER

The scientific review is devoted to study the methods in treatment of locally distributed cancer of mucous membrane of the oral cavity. The malignant tumours of such localization are characterized by high potentiality of local relapse and quick progressing that mean the difficulties of necessary treatment. Only to render the combine and complex usage of therapy in case with cancer of the mucous membrane of the oral cavity should improve the results of treatment of patients with this pathology.

Key words: *locally distributed cancer, chemical therapy, mucous membrane of the oral cavity, relapse.*

Рак слизистой полости рта занимает шестое место по распространенности среди злокачественных новообразований в мире [5]. В течение последних нескольких лет наряду с получением новых данных об особенностях биологического роста плоскоклеточного рака органов полости рта, возможностей уточнения прогноза заболевания и появления новых методик лечения его терапия в каждом конкретном случае остается достаточно трудной задачей. Во многом это связано с поздним обращением больных, из которых 70 % к моменту начала лечения уже имеют опухоли, соответствующие символам T₃ и T₄.

По мнению некоторых авторов [2, 13, 15], возможность радикального лечения заболевания при данной распространенности рака ограничена даже при использовании хирургического метода.

Дистанционное облучение в самостоятельном режиме при лечении рака органов полости рта до настоящего времени используется у подавляющего числа пациентов в нашей стране (в самостоятельном режиме – у 48 % пациентов), что находит свое отражение в многочисленных сообщениях [2, 5, 6].

Для повышения эффективности дистанционной гамма-терапии используют расщепленные курсы облучения, различные режимы фракционирования дозы и т.д., но, несмотря на постоянное совершенствование методик лучевого лечения, пятилетняя выживаемость больных при этом методе терапии не превышает 15–50 % [1, 2, 9, 10, 14].