
ХРОНИКА. ИНФОРМАЦИЯ

МАТЕРИАЛЫ ЗАСЕДАНИЯ ПРОБЛЕМНОЙ КОМИССИИ «ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ» НАУЧНОГО СОВЕТА ПО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ РАМН И МЗ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (16-17 апреля 2010 г., г. Самара)

16–17 апреля 2010 г. в г. Самаре проходила научная конференция Проблемной комиссии по опухолям головы и шеи РАМН и Министерства здравоохранения и социального развития РФ, посвященная проблемам диагностики и лечения рака слизистой оболочки полости рта. Заседание открыл председатель Проблемной комиссии проф. А.И. Пачес. С приветствиями к участникам конференции выступили: первый заместитель министра здравоохранения Самарской области С.И. Кузнецов и проректор Самарского медицинского университета Н.Н. Крюков. На заседаниях присутствовало 276 врачей из 23 регионов Поволжья и Урала. Заслушано 20 научных докладов из Москвы, Томска, Самары, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга и других городов России по проблемам злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

В.Ж. Бржезовский, В.Л. Любаев, Р.А. Хасанов

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Цель. Оптимизировать тактику лечения больных раком органов полости рта и ротоглотки для каждого конкретного больного.

Материал и методы. На основании ретроспективного исследования по оптимизации лечения этих больных разработан алгоритм выбора его тактики. Всем пациентам на первом этапе проводился курс химиотерапии по схеме PF. При выраженной регрессии опухоли (около 50 %) химиотерапию продолжали (2–3 курса), после чего проводился курс лучевой терапии СОД 40–50 Гр. При отсутствии ответа на лекарственное лечение больной оперировался. Опухоли до 2 см подвергали криодеструкции либо типичной операции (удаление одной анатомической области, например половинная резекция языка). При больших размерах новообразования выполнялось комбинированное вмешательство. В других случаях после проведения лучевой терапии в дозе 40–50 Гр при клинически определяемой остаточной опухоли проводилось также хирургическое лечение. Если же на указанной

дозе лучевой терапии опухоль практически не определялась, больному продолжали лечение по радикальной программе. Шейные диссекции на регионарных зонах метастазирования выполняли при их поражении.

В отделении опухолей головы и шеи РОНЦ им. Блохина РАМН с 2002 по 2007 г. находилось на лечении и прослежено в течение 2 лет 55 больных раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. По локализации новообразования распределены следующим образом: ротоглотка – 10, язык – 20, дно полости рта – 13, альвеолярная часть нижней челюсти – 4, щека – 8. Все больные классифицированы по системе TNM: $T_{1,2}N_0M_0$ – 11 больных, $T_{1,2}N_1M_0$ – 9, $T_{3,4}N_0M_0$ – 18, $T_{3,4}N_{1,2}M_0$ – 17. При раке ротоглотки всем больным проведено химиолучевое лечение по радикальной программе, пациентам с раком слизистой оболочки полости рта – различные виды лечения в зависимости от алгоритма выбора его тактики.

Результаты и их обсуждение. Из 10 больных раком ротоглотки 2 года без признаков

Таблица 1

**Результаты лечения рака слизистой оболочки полости рта
в зависимости от распространенности опухолевого процесса**

	Распространенность			
	$T_{1,2}N_0M_0$	$T_{1,2}N_1M_0$	$T_{3,4}N_0M_0$	$T_{3,4}N_{1,2}M_0$
Число больных	9	6	15	15
2 года без рецидива и Mts	8 (89 %)	3 (50 %)	12 (75 %)	6 (40 %)

Таблица 2

Эффективность различных методов лечения рака слизистой оболочки полости рта

	Методы лечения			
	Хирургический	Химиолучевой	Комбинированный	Всего
Число больных	15	8	22	45
2 года без рецидива и Mts	12 (80 %)	2 (25 %)	15 (67 %)	29 (64 %)

заболевания наблюдаются 7 (70 %). Результаты лечения рака слизистой оболочки полости рта в зависимости от локализации и распространенности представлены в табл. 1, в зависимости от проводимого метода лечения – в табл. 2.

Обращают на себя внимание достаточно высокие результаты хирургического лечения. Необходимо отметить, что в этой группе были небольшие по размерам опухолевые процессы, в большинстве случаев без метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. С другой стороны, имеется низкая результативность химиолучевого лечения. Причины этого, по-видимому, кроются в неверной оценке регрессии опухоли на этапе назначения радикальной лучевой терапии (рубеж 50 Гр). Что

касается комбинированного метода лечения, то ведущим в нем является хирургический этап, который заключается в комбинированной операции внеротовым доступом.

Выводы. Предложенный алгоритм выбора тактики лечения рака органов полости рта и ротоглотки позволяет оптимизировать лечение для каждого конкретного больного. При размерах опухоли до 4 см без метастатического поражения регионарных лимфатических узлов обосновано применение только хирургического лечения. Химиолучевое лечение оправдано при раке ротоглотки. При распространенных процессах в полости рта необходимо применение комбинированного метода лечения.

АКТУАЛЬНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Д.А. Бузов, Л.Д. Герасимова, А.Г. Гинзбург

*ГУЗ «Свердловский областной онкологический диспансер»
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург*

Актуальность проблем диагностики и лечения больных злокачественными опухолями челюстно-лицевой области обусловлена неуклонным ростом заболеваемости и смертности населения от неопластических

процессов данной локализации. По данным многочисленных исследований, запущенность рака слизистой оболочки полости рта (РСОПР) косвенно объясняется некомпетентностью специалиста, проводящего первичное врачебное