

Тактика лечения локализованных форм рака слизистой оболочки полости рта

И.М. Гельфанд, И.С. Романов, Д.Б. Удинцов

ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России;
Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, 24

Контакты: Игорь Михайлович Гельфанд igorgelf@yandex.ru

В данной работе мы проанализировали результаты лечения рака слизистой оболочки полости рта с распространенностью опухолевого процесса T1N0M0. Наилучшие показатели общей и безрецидивной 5-летней выживаемости (96,6 и 92,3 % соответственно) зарегистрированы в группе комбинированной терапии (сочетание хирургического и лучевого методов). В группе только хирургического лечения данные показатели оказались ниже и составили 79,2 и 68,7 % соответственно. Самые низкие результаты общей и безрецидивной 5-летней выживаемости отмечены у пациентов, получавших консервативное лечение, — 81,8 и 45,5 % соответственно.

Ключевые слова: рак слизистой оболочки полости рта, комбинированное лечение, метастазирование

DOI: 10.17650/2222-1468-2016-6-1-43-45

Treatment policy for localized oral cancer

I.M. Gel'fand, I.S. Romanov, D.B. Udintsov

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center at the Ministry of Health of Russia; 24 Kashirskoe Shosse, Moscow, 115478, Russia

This paper analyzes the results of treatment for disseminated oral cancer (T1N0M0). The combined (surgery and radiotherapy) treatment group demonstrated the best 5-year overall and relapse-free survival rates (96.6 and 92.3 %, respectively). In the surgery group only, these rates were lower, amounting to 79.2 and 68.7 %, respectively. The medical therapy group was noted to have the lowest 5-year overall and relapse-free survival rates (81.8 and 45.5 %, respectively).

Key words: oral cancer, combined treatment, metastases

Введение

В России плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта ежегодно заболевают более 11 тыс. человек, а смертность на первом году от момента постановки диагноза остается неизменной последнее 10-летие и составляет около 45 %. Случаи выявления заболевания на ранних стадиях очень редки, их доля — около 36 % [1]. Характерным признаком рака слизистой оболочки полости рта является высокая частота регионарного метастазирования, достигающая 70 % [2]. По данным различных авторов, метастазами в первую очередь поражаются лимфатические узлы (ЛУ) I и II уровней (по Robbins); частота скрытого метастазирования в ЛУ I уровня составляет 20 %, II уровня — 17 %. ЛУ III–V уровней поражаются значительно реже [3–5].

В настоящее время проблема тактики лечения локализованных опухолей слизистой оболочки полости рта остается актуальной. Отечественные авторы рекомендуют начинать терапию с лучевого воздействия на опухоль в комбинации с дистанционной и внутри-

тканевой гамма-терапией, приводя результаты 5-летней безрецидивной выживаемости от 40 до 80 % пациентов [6, 7]. Рекомендации Общенациональной клинической сети США (National Comprehensive Cancer Network, NCCN) и Европейского общества медицинской онкологии (European Society for Medical Oncology, ESMO) предлагают возможность выбора между радикальной лучевой терапией и хирургическим лечением [8, 9]. Но необходимо отметить, что при оперативном вмешательстве также рекомендуется проведение профилактической лимфодиссекции или биопсии сигнального ЛУ, а в случае выявления неблагоприятных факторов прогноза, полученных на основании морфологического исследования послеоперационного материала, — назначение послеоперационной лучевой или химиолучевой терапии [8, 9]. Таким образом, проблема лечения локализованных форм плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта остается актуальной и требует определения четких показаний для проведения того или иного вида терапии.



Рис. 1. Локализация первичного очага

Материалы и методы

В исследование включены 85 пациентов в возрасте от 21 до 85 лет с распространенностью опухолевого процесса T1, наблюдавшихся в РОНЦ им. Н.Н. Блохина с 1981 по 2014 г. Среднее время наблюдения за больными составило $59,8 \pm 57,9$ мес. Всем пациентам диагноз рака слизистой оболочки полости рта был поставлен впервые. В ходе обследования (клинически) ни у одного больного не было выявлено регионарных метастазов. Рак языка диагностирован у 62,4 % ($n = 53$) пациентов, а поражение других отделов полости рта – у 37,4 % ($n = 32$) (рис. 1).

Хирургическое вмешательство как самостоятельный метод лечения проведено 34 (40 %) пациентам, комбинированное – 40 (47 %), а консервативное – 11 (12,9 %) больным. При комбинированной терапии всем пациентам выполняли оперативное вмешательство в сочетании с лучевым воздействием до достижения суммарной очаговой дозы (СОД) 50–70 Гр. При консервативном лечении назначали лучевую терапию в самостоятельном варианте до СОД 60–70 Гр. Профилактическая лимфодиссекция была выполнена более чем половине пациентов (52,7 %), при этом частота выявления скрытого метастазирования составила 4 % ($n = 3$).

Результаты

Анализ отдаленных результатов показал преимущество комбинированной терапии над хирургическим и лучевым лечением. Так, частота возникновения рецидивов и регионарных метастазов составила 7,5 % в группе комбинированного лечения, что в 11



Рис. 2. Смертность пациентов в зависимости от вида проведенного лечения

раз ниже аналогичного показателя в группе пациентов, получавших только лучевую терапию (81,8 %). В случае проведения только хирургического вмешательства прогрессирование отмечено у 23,5 % пациентов (см. таблицу).

За весь период наблюдения в разные сроки от момента завершения лечения от прогрессирования умерли 14 (16,7 %) больных, при этом половина из них получали только консервативное лечение. Таким образом, максимальная смертность от основного заболевания отмечена в группе лучевой терапии (63,6 %), а минимальная – в группе комбинированного лечения (2,5 %) (рис. 2).

Анализ результатов лечения показал, что оптимальные показатели достигнуты в группе пациентов, получивших комбинированную терапию. Так, достоверно лучшие результаты общей 5-летней выживаемости отмечены в группе больных, получивших комбинированное лечение, – 96,6 %, в группах хирургической и лучевой терапии – 79,2 и 81,8 % соответственно (рис. 3).

При анализе безрецидивной выживаемости отмечена сходная тенденция (рис. 4): в группе комбинированной терапии 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 92,3 %, а в группе лучевого лечения в монорежиме – только 68,7 %.

Выводы

Проанализировав полученные результаты, мы пришли к выводу, что комбинированное лечение локализованных форм плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта достоверно улучшает показатели выживаемости и снижает частоту прогрессирования.

Частота прогрессирования заболевания в зависимости от проведенного лечения ($p < 0,05$)

Вид лечения	Число пациентов, n	Рецидив	Регионарные метастазы	Прогрессирование
Хирургическое	34	3 (8,8 %)	5 (14,7 %)	8 (23,5 %)
Комбинированное	40	1 (2,5 %)	2 (5,0 %)	3 (7,5 %)
Лучевое	11	8 (72,7 %)	1 (9,1 %)	9 (81,8 %)

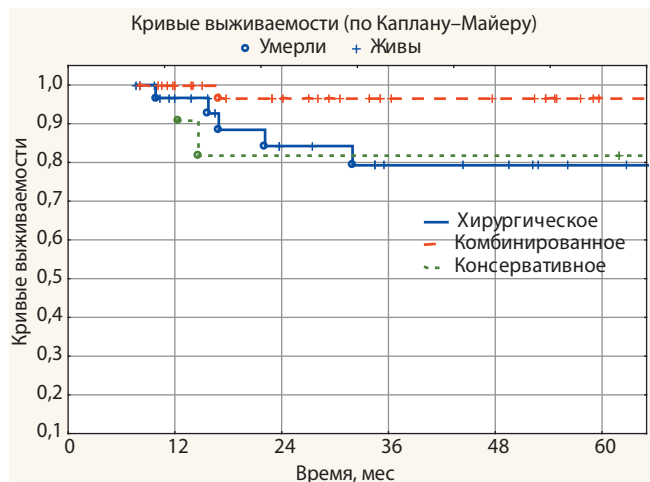


Рис. 3. Общая выживаемость в зависимости от вида лечения ($p < 0,05$)

Таким образом, даже при минимальной распространенности опухолевого процесса, соответствующей символу T1, необходимо проведение как хирургического вмешательства, так и лучевой терапии. Приме-

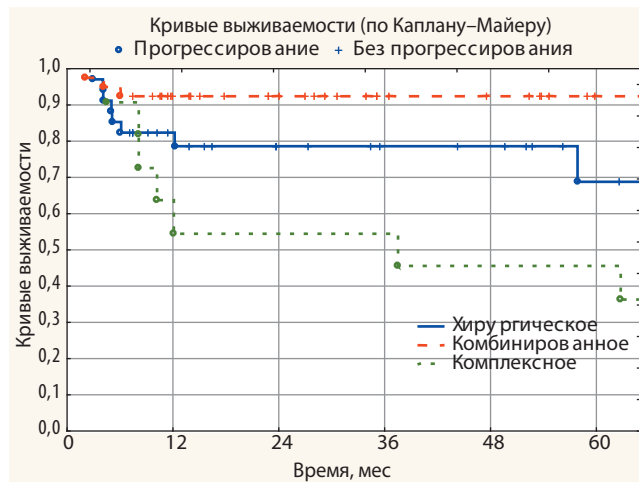


Рис. 4. Безрецидивная выживаемость в зависимости от вида лечения ($p < 0,05$)

нение консервативной терапии недопустимо, так как при данном виде лечения общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость снижается с 96,6 до 81,8 % и с 92,3 до 68,7 % соответственно.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. М., 2014. 226 с. [Statistics of malignant neoplasms in Russia and CIS countries in 2012. By eds.: M.I. Davydov, E.M. Aksel'. Moscow, 2014. 226 p. (In Russ.)].
2. Любаев В.Л. О тактике хирургического воздействия на регионарных зонах при местнораспространенном раке слизистой оболочки полости рта без регионарных метастазов. В сб.: Опухоли головы и шеи. Вып. 8. М., 1987. С. 114–7. [Lubaev V.L. On the surgical tactics at regional zones at the local cancer of the mucous membrane of the mouth cavity without regional metastases. In: Head and neck tumors. Ed. 8. Moscow, 1987. Pp. 114–7. (In Russ.)].
3. DiNardo L.J. Lymphatics of the submandibular space: an anatomic, clinical, and pathologic study with applications to floor-of-mouth carcinoma. Laryngoscope 1998;108(2):206–14.
4. Shah J.P., Candela F.C., Poddar A.K. The patterns of cervical lymph node metastases from squamous carcinoma of the oral cavity. Cancer 1990;66(1):109–13.
5. Романов И.С., Яковлева Л.П., Удинцов Д.Б. и др. Особенности регионарного метастазирования плоскоклеточного рака полости рта, выявляемого при профилактических лимфодиссекциях. Стоматология 2012;(6):52–4. [Romanov I.S., Yakovleva L.P., Udintsov D.B. et al. Peculiarities of the regional metastasis of the epidermoid cancer of the mouth cavity, revealed at prophylactic lymphodissections. Stomatologiya = Dentistry 2012;(6):52–4. (In Russ.)].
6. Чистякова С.С. Онкология для практикующих врачей. Учеб. пособие. М.: Товарищество научных изданий КМК; Авторская Академия, 2009. 634 с. [Chistyakova S.S. Oncology for practicing physicians. Manual. Moscow: Tovarishchestvo nauchnykh izdaniy KMK; Avtorskaya Akademiya, 2009. 634 p. (In Russ.)].
7. Гарбузов М.И. Лучевая терапия первичных злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1982. 47 с. [Garbuzov M.I. Radial therapy of initial malignant tumors of the mucous membrane of the mouth cavity. Thesis ... of doctor of medicine. Moscow, 1982. 47 p. (In Russ.)].
8. National Comprehensive Cancer Network USA. Available at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf.
9. European Society for Medical Oncology. Available at: http://www.rosoncweb.ru/library/treatment/esmo2010/ESMO_2010.pdf.