

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ РАКА ЯЗЫКА ПОСЛЕ ТЕРАПИИ

Карчакина А.А., Комарова Е.Е.,
Макеева А.В., Остроухова О.Н.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»
Минздрава РФ, Воронеж, e-mail: lina.a.55@inbox.ru*

Злокачественные новообразования языка составляют 25-40% от всех раковых опухолей ротовой полости. Для лечения больных раком языка применяются лучевой, хирургический, комбинированный и комплексный методы. Одной из ключевых проблем терапии рака языка, как и многих других злокачественных опухолей, является рецидив. В настоящее время отсутствуют методы лечения рецидивов плоскоклеточного рака языка, которые бы достоверно увеличивали общую выживаемость онкологических пациентов, что обуславливает актуальность изучения данной проблемы. Рассмотрены основные этиологические факторы, клиническая картина и факторы прогноза рака языка. Проводился сравнительный анализ эффективности методов терапии злокачественного новообразования языка путем выявления частоты его рецидива после проведенного лечения. Результаты исследований показали наибольшую эффективность метода комплексного лечения.

Злокачественные новообразования полости рта имеют широкое распространение и являются одной из частых причин смерти. Рак языка составляет 25-40% от всех злокачественных опухолей ротовой полости. Рак языка чаще всего локализуется на боковых поверхностях (до 70% случаев), значительно реже поражается корень (около 20%) и нижняя поверхность (около 10%) языка [1]. Злокачественные опухоли языка эпителиального происхождения в большинстве случаев (90-95%) имеют строение плоскоклеточного ороговеающего рака, реже – аденокарциномы.

Важнейшим этиологическим фактором в развитии злокачественных новообразований языка является курение. Воздействие на клетки языка генотоксических канцерогенов, содержащихся в табаке, является иницирующим моментом их озлокачествления. Также большое значение имеет употребление крепких алкогольных напитков, жевание бетеля и употребление наса (смесь табака, золы, извести и растительных масел) [2]. Другими факторами являются хроническая травма, связанная с плохо подогнанным зубным протезом, онкогенные вирусы папилломы человека, простого герпеса и ВИЧ.

На начальной стадии развития заболевания на поверхности языка появляется безболезненное, постепенно увеличивающееся, не поддающееся медикаментозному лечению изъязвление. Боли при развитии злокачественного новообразования языка возникают относительно поздно

и обычно бывают связаны с ангиной, заболеванием зубов и пародонта. Для злокачественных образований челюстно-лицевой области характерно присоединение вторичной инфекции, что зачастую весьма затрудняет морфологическую и клиническую диагностику. Опухоль языка склонна к быстрому инфильтративному росту. В ранних стадиях возникает уплотнение слизистой оболочки, подлежащих тканей, поверхностные язвы, папиллярные образования, белесоватые пятна. Заболевание может проявить себя только метастазами в регионарных зонах. В поздних стадиях возникают боли разной интенсивности, локализованные и иррадирующие в ухо, височную, затылочную область. Усиливается саливация в результате раздражения слизистой оболочки продуктами распада, возникает зловонный запах изо рта (распад, инфицирование опухоли). Отдаленные метастазы чаще всего обнаруживаются в легких, реже в печени и головном мозге.

Согласно данным литературы, частота рецидивов после терапии злокачественных новообразований составляет 25-50% [3]. Поэтому актуальность изучения проблемы терапии больных с рецидивами опухолей данной локализации на данный момент не вызывает сомнения. Причиной этого является ограниченный выбор возможных методов лечения. Выбор рациональной тактики лечения больных с рецидивами рака языка имеет определенные трудности, связанные с развитием фиброгических изменений в тканях в результате лучевой терапии и/или предшествующего хирургического лечения. Более чем у половины больных после повторного лечения возникают тяжелые осложнения вплоть до гибели, трудности в речевой реабилитации, глотании [3].

Эффективность лечения рецидива злокачественных новообразований языка можно определить рядом прогностических факторов. Меньшая эффективность лечения и менее высокая вероятность выживания отмечаются у больных, у которых рецидивы возникли менее, чем через 18 месяцев после окончания первичного лечения, таким образом, интервал времени от начала первичного лечения до возникновения рецидива опухоли является независимым прогностическим фактором для больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки органов полости рта [4]. Также важными факторами прогноза являются снижение массы тела больного, имеющее известное прогностическое значение, и рестадирование: больные с рецидивными опухолями в начальной стадии (rCS I и rCS II), возникшими через 1 год после первичного лечения, имеют более благоприятный прогноз [3]. Анализ прогностических показателей выживаемости больных с локальными или локорегиональными рецидивами выявил 5 основных клинически важных параметров, играющих решающую роль в реализации тера-

печетического эффекта при рецидивных опухолях: клиническое состояние больного, длительность времени после первичного лечения, исходная локализация первичной опухоли, снижение массы тела пациента, низкая степень дифференцировки опухоли [3].

Нами была проведена сравнительная оценка данных о результативности различного терапевтического лечения злокачественных новообразований языка. Показано, что на базе МНИОИ им. П.А. Герцена при лучевом облучении с двух полей злокачественных образований в подвижной части языка и ее изъязвлений наблюдалась негативная связь с отдаленными результатами лечения, что было подтверждено клиническими предикторами, характеризующими соматическое состояние пациентов (табакокурения и прием алкоголя). Эффективность лучевого / химиолучевого лечения при лучевом облучении показала резорбцию первичной опухоли у 39 пациентов, имеющих локализацию первичной опухоли на корне языка и 91 пациента с опухолью в подвижную часть языка на 100% и 89% соответственно. У пациентов без рецидива наблюдалась 100% резорбция первичной опухоли. При химиолучевом облучении 48 пациентов имели рецидив при 3 и 4 стадии рака языка. [5]. Данные работы, проводимые в РНИОИ в отделении опухолей головы и шеи свидетельствуют, что на фоне проведенной химиотерапии при комплексном лечении местно-распространенного рака языка с максимальным депонированием химиопрепаратов в зоне интереса и дальнейшем хирургическим вмешательством среди 10 пациентов (7 пациентов 3 ст. и 3 пациента 4 ст.) был достигнут положительный лечебный эффект без рецидива в течение одного года [6].

В Санкт-Петербургском городском онкологическом диспансере первого Санкт-Петербургского университета им. акад. И.П. Павлова в отделении челюстно-лицевой хирургии и радиологии проведено лечение 6 пациентов с диагнозом рак языка в возрасте от 38 до 68 лет. Лечение проводилось в несколько этапов:

- 1) 2-3 цикла неoadъювантной полихимиотерапии;
- 2) лучевая терапия;
- 3) внутритканевая HDR – брахиотерапия.

У двух пациентов брахиотерапия была сделана в самостоятельном режиме с опухолью 2 стадии с последующим курсом дистанционной лучевой терапии У одного пациента опухоль задней трети подвижной части языка 3 стадии выполнен курс брахиотерапии по радикальной программе. Через 4 месяца после окончания лечения у одного пациента выявлен рецидив, который был купирован. Далее в течение 18 месяцев рецидива у пациентов не выявлено [7].

ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН в Москве проанализированы результаты криогенного метода лечения 121 больного раком

языка. Показана эффективность данного метода как самостоятельного, так и в комбинации с лучевой и лекарственной терапией у 83,6% (79 человек из 81) первичных и у 73,3% (30 человек из 40) больных с органическими рецидивом и остаточными опухолями. Рецидивы возникли у 19,3% из 109 закончивших лечение больных [8].

Проанализировав литературные данные, было выявлено, что терапевтическое лечение наиболее результативно и без рецидива опухоли на начальных стадиях рака языка. На последующих стадиях заболевания более эффективен метод комплексного лечения (химиотерапия при комплексном лечении местно-распространенного рака языка с максимальным депонированием химиопрепаратов в зоне интереса и дальнейшем хирургическим вмешательством), криогенный метод лечения и комплексное лечение с применением внутритканевая HDR-брахиотерапия. Таким образом можно сделать вывод, что на различных стадиях заболевания важно подобрать подходящую терапию для исключения рецидива рака языка.

Список литературы

1. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. 2-е изд., испр. и доп. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 488 с.
2. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 560 с.
3. Задеренко И.А., Алиева С.Б., Дробышев А.Ю., Азизян Р.И. Рецидивы рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки: клиника, диагностика, лечение // Клиницист. 2013. № 1. С. 48-54.
4. Liu S.A. et al. Impact of recurrence interval on survival of oral cavity squamous cell carcinoma patients after local relapse // Otolaryngol Head Neck Surg, 2007. 136(1). P. 112-118.
5. Бойко А.В. [и др.] Прогностическая ценность клинических и морфологических характеристик в лучевом и комбинированном лечении рака языка // Вопросы онкологии, 2015. Т. 61. № 1. С. 90-95.
6. Ганиев А.А., Кацья Э.Т. Лечение больных местно-распространенным раком языка // Сибирский онкологический журнал, 2009. № S1. С. 47-48.
7. Яременко А.М. [и др.] Первый опыт применения высокодозной брахитерапии в лечении рака языка // Сборник трудов по материалам VIII Международной научно-практической конференции / под ред. А.В. Цимбалюкова, Б.В. Трифонова, А.А. Копытова. 2015. С. 384-385.
8. Таболиновская Т.Д., Пустынский И.Н. Анализ эффективности криогенного метода лечения рака языка // Опухоли головы и шеи. 2014. № 1. С. 15-23.

ПОВЫШЕННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ САХАРОСОДЕРЖАЩИХ ПРОДУКТОВ МОЛОДЫМИ ЛЮДЬМИ КАК ФАКТОР РИСКА В ПИЩЕВОМ ПОВЕДЕНИИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Костылева С.А., Ломакина Е.В., Костылева Е.А.

*ФГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
Краснодар, e-mail: kostyleva.sof@yandex.ru*

В настоящее время чрезмерное употребление молодежи газированных напитков, от-