

Мамажакын уулу Ж., Рыспекова Ч.Д.

**ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ
И РАЗМЕРОВ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ**

Matazhakyr uulu Zh., Ch.D. Ryspekova

**SURVIVAL OF PATIENTS WITH MUCOUS MEMBRANES OF THE MOUTH
DEPENDING ON THE LOCATION AND SIZE OF PRIMARY TUMOR**

УДК: 616.317.615:618/74

В статье рассмотрены вопросы, касающиеся такой болезни как рак слизистой оболочки полости рта, а также стадии развития этой болезни и выживаемость больных.

The questions related to such diseases as cancer of the oral mucosa, as well as the developmental stage of the disease and survival.

Уровень развития медицинской помощи включает в себя опыт и мастерство врачей данной клиники в области хирургического лечения опухолей головы и шеи, лучевой терапии, химиотерапии, реабилитации и пластической хирургии, челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии. Для успешного окончания лечения необходимы также психосоциальная, эмоциональная поддержка, профессиональная реабилитация и помощь в трудоустройстве.

Пятилетняя выживаемость для плоскоклеточных опухолей головы и шеи в зависимости от стадии колеблется в следующих пределах: I стадия – 75-90%, II стадия – 40-70%, III стадия – 20-50%, IV стадия – 10-30% (Пачес А.И., 2007; Laramore G.E., Coltrera M.D., Karen J.H., 2001).

Одним из важнейших прогностических факторов является размер первичной опухоли, 3- и 5-летняя выживаемость для опухолей головы и шеи, относимых к категории T₁ – 62% и 48%, T₂ – 43% и 31%, T₃ – 27% и 19%, T₄ – 21% и 13% соответственно (Lefebvre J.L., et. al, 2001).

Основной профилактикой возникновения рецидивов и отдаленных метастазов является правильный выбор лечения. При этом могут быть успешно использованы комбинации различных методов радикальной терапии (хирургического, лучевого, химиотерапевтического и лучевого).

Наиболее важные факторы опухоли, влияющие на выбор тактики лечения:

- локализация (для опухолей полости рта имеет значение близость к нижней или верхней челюсти, расположение опухоли в передних или задних отделах);
- распространенность первичной опухоли (стадия опухолевого процесса, наличие и распространенность регионарных метастазов, отдаленное метастазирование);
- предшествующие оперативные вмешательства и лучевая терапия;

- наличие синхронных вторых злокачественных опухолей. В связи с увеличением периода наблюдения за больными после лечения по поводу рака головы и шеи увеличивается возможность развития вторых опухолей. Частота диагностики вторых опухолей при первичной локализации новообразования в области головы и шеи составляет от 4% до 38% в зависимости от локализации.

На первом этапе нами были изучены такие факторы, как стадия первичной опухоли, или размеры новообразования. В таблице 1 представлена общая выживаемость в годах больных раком слизистой оболочки полости рта в зависимости от размеров первичной опухоли. Размеры новообразований колебались от 0 до 4 см и более. Такая градация по делению от 0 до 2 см, от 2 до 4 см и более 4 см является общепринятой и соответствует международной классификации по TNM.

Таблица 1

Выживаемость больных раком слизистой оболочки полости рта в зависимости от стадии опухолевого процесса (размера опухоли)

Сроки (в годах)	Общая выживаемость(в %)		
	T ₂	T ₃	T ₄
1 год	76,2±9,8	67,4±6,8	48,2±8,2
2 года	49,6±10,2	35,8±8,2	8,0±5,9
3 года	19,8±11,2	19,0±9,2	5,4±3,9
5 лет	6,6±5,5	10,5±9,6	5,4±4,9

Из представленных данных видно, что однолетняя выживаемость больных раком слизистой оболочки полости рта различалась в зависимости от размеров первичной опухоли. Практически при всех сроках наблюдения (от 1 года до 2-х лет) выживаемость была выше в группе больных с размерами первичной опухоли от 2 до 4 см, статистически недостоверно. Между группами больных с размерами более 4 см общая пятилетняя выживаемость достоверно не различалась (10,5±9,6% и 5,4±4,9%, соответственно).

Рисунок 1. демонстрирует эти различия. Заметно, что 5-летняя выживаемость больных раком слизистой оболочки полости рта в зависимости от

размера первичной опухоли статистически достоверно не отличается.

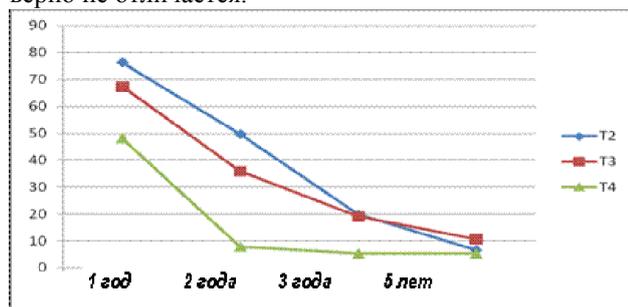


Рис. 1. Выживаемость больных раком слизистой оболочки полости рта в зависимости от размеров первичной опухоли

В следующей таблице показана частота поражения первичной опухоли в зависимости от локализации в полости рта с вычислением достоверной разницы показателей.

Таблица 2

Выживаемость больных раком слизистой оболочки полости рта в зависимости от локализации первичной опухоли (язык и дно полости рта)

Сроки (в годах)	Общая выживаемость(в %)	
	Язык	Дно полости рта
1 год	57,9±6,7	66,0±11,1
2 года	24,3±7,3	38,5±13,5
3 года	13,1±8,3	16,5±12,0
5 лет	7,5±5,7	5,5±4,1

Одногодичная выживаемость больных раком языка и слизистой оболочки дна полости рта была статистически недостоверна. Такая же тенденция продолжает сохраняться и в дальнейшем, с увеличением сроков наблюдения, т.е. локализация опухоли в полости рта не влияет на показатели выживаемости.

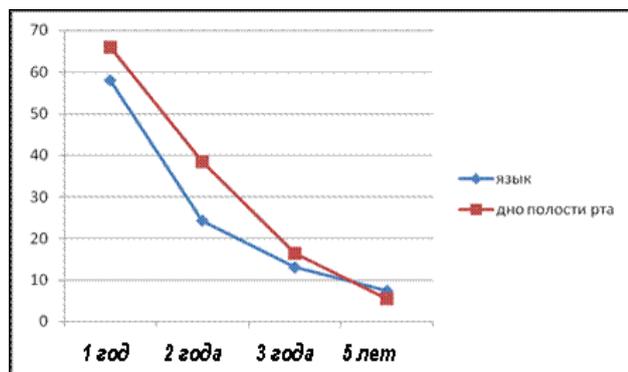


Рис. 2. Выживаемость больных раком слизистой оболочки полости рта в зависимости от локализации первичной опухоли (язык и дно полости рта).

Более наглядно и схематически эти результаты представлены в виде линейной диаграммы рис.2.

Среди больных с поражением твердого неба диагностированы: $T_2N_0M_0-2$, $T_3N_0M_0-1$, $T_3N_1M_0-2$, $T_4N_1M_0-1$, $T_4N_1M_0-1$. Специальное лечение получили 4 больных, из которых более двух лет прожили 3 и более 12 лет - 1 пациент, симптоматическое лечение получили 3 больных и прожили менее 1 года.

У 7 больных с локализацией опухоли слизистой оболочки щеки диагностировано: $T_2N_1M_0-1$, $T_3N_0M_0-2$, $T_3N_1M_0-1$, $T_3N_2M_0-1$, $T_4N_0M_0-1$, $T_4N_1M_0-1$. Специальное лечение проведено 4 больным, в остальных случаях провели симптоматическую терапию, умерли в течение года - 4 больных, более 2 лет прожили 2 пациента, 1 больной прожил более 4 лет после хирургического лечения.

Опухолевое поражение слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти выявлено у 6 больных при: $T_3N_0M_0-5$, $T_2N_2M_0-1$, из них 4 больным проведено лучевое лечение + хирургическое вмешательство, 2 пациентов получили симптоматическое лечение. Более 5 лет прожили 4 пациента, и 2- более года.

Новообразование альвеолярного отростка верхней челюсти диагностировано у 3 больных: $T_3N_1M_0-2$, $T_3N_2M_0-1$. Всем им проведено симптоматическое лечение. Больные погибли в течение года от прогрессирования заболевания.

Поражение мягкого неба отмечено у 4 больных: $T_3N_0M_0-2$, $T_2N_0M_0-1$, $T_4N_1M_0-1$. Одному пациенту было проведено комбинированное лечение: операция + лучевая терапия, прожил более 3 лет, остальные умерли от прогрессирования заболевания после 1 года наблюдения.

Одной больной с локализацией первичной опухоли на слизистой оболочке передней небной дужки при $T_4N_1M_0-1$ было проведено: паллиативная химиотерапия + лучевая терапия, умерла в течение 6 месяцев.

Таким образом, при лечении рака слизистой оболочки полости рта необходимо обеспечивать адекватное местное лечение первичного очага, контроль метастатических регионарных и отдаленных лимфатических узлов, что предотвращает дальнейшее распространение опухолевого процесса и ведет к увеличению выживаемости и улучшению качества жизни пациентов.

Литература:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И. Пачес. – М., 2007. – 460 с.
2. Laramore G.E. Tumors of Head and Neck / G.E. Laramore, M.D. Coltrera, J.H. Karen // Clinical oncology. 8th ed. Ed. Rubin Ph. – Philadelphia: W.B. Saunders company, 2001. – P. 405-461.
3. Oral cavity, Pharynx and Larynx Cancer / J.L. Lefebvre, E. Lartigau, A. Kara, J. Sarini // Prognostic Factors in Cancer. 2nd ed. Ed. Gospodarowicz M.K. et al. – New York: A. John Wiley and sons, 2001. – P. 151-166.

Рецензент: к.м.н. Ешиев А.М.