

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ РЕГИОНАРНЫХ
МЕТАСТАЗОВ В ШЕЙНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

Мамедов У.С.

Бухарский областной онкологический диспансер
Бухарский государственный медицинский институт

Рак слизистой оболочки полости рта (РСОПР) занимает 6-е место по распространенности среди злокачественных новообразований в мире [1]. Первые эпидемиологические исследования, проводившиеся зарубежными и отечественными онкологами, выявили существенное различие заболеваемости населения раком полости рта и глотки в отдельных регионах. Как известно, в число регионов с высокой заболеваемостью раком этой локализации входили Индия, Пакистан, Шри-Ланка, некоторые страны Ближнего Востока, а в бывшем СССР – такие среднеазиатские республики, как Таджикистан, Узбекистан, Киргизия [2].

Причину высокой заболеваемости раком полости рта и глотки связывали с широким распространением среди населения этих регионов вредной привычки употребления наса, бетеля, оказывающих раздражающее, повреждающее действие на слизистую оболочку ротоглотки. Этой причиной объясняли тот факт, что в Индии рак орофарингеальной локализации занимал 1-е место среди всех злокачественных опухолей. Однако вызывает тревогу тот факт, что заболеваемость опухолями этой локализации имеют отчетливую тенденцию к росту [3, 4].

Несмотря на активную разработку новых консервативных методов воздействия на опухоль и совершенствование уже применяемых, хирургический метод лечения остается основным и незаменимым. При ранних стадиях рака слизистой оболочки полости рта (РСОПР) многие специалисты признают равноценность результатов хирургического, лучевого и комбинированного методов лечения [5, 6]. Однако оперативное лечение при РСОПР все реже применяется как самостоятельный метод и все чаще как этап комбинированного лечения. Это особенно актуально в тех случаях, когда вследствие позднего обращения за медицинской помощью первичная опухоль достигает значительных размеров и болезнь характеризуется как местно-распространенный процесс [7].

Среди впервые выявленных больных ПРГШ более чем в 60% наблюдений диагностируют распространенные формы заболевания, характеризующиеся опухолью значительного размера с распространением в окружающие структуры шеи, с или без метастазов в регионарные лимфатические узлы. (III–IV стадии по классификации TNM) [8]. Отдаленные результаты лечения этой группы пациентов остаются неудовлетворительными, поскольку 5-летняя выживаемость при III стадии составляет 20–50%, при IV стадии не превышает 10–30% [9].

Важным прогностическим фактором является, по мнению ряд исследователей [10], наличие пальпируемых лимфатических узлов на шее, которое уменьшает ожидаемую 5-летнюю выживаемость наполовину. Имеет важное прогностическое значение также число сосудов в лимфатическом узле и экстракапсулярное распространение опухоли. Отдаленные результаты лечения этой группы пациентов остаются неудовлетворительными, поскольку 5-летняя выживаемость при III стадии составляет 20–50%, при IV стадии не превышает 10–30% [10].

Материалы и методы: Нами было проанализированы результаты лечения 76 больных с регионарными метастазами в шейные лимфатические узлы опухолей орофарингеальной области, находившихся на лечении в Бухарском областном онкологическом диспансере в период 2007-2009 годов. Возраст больных составил от 45 до 62 лет, мужчин было - 48, женщин - 28. В зависимости от распространения регионарного метастаза больные разделены на две группы. Больные первой группы с символом N1 – 35 больных, которым произведено хирургическое лечение в объеме фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи с удалением первичной опухоли. Больные второй группы: регионарные метастазы местно-распространенного характера с символом N2-3 имело место у 41 больных, в этой группе больных проведено предоперационная лучевая терапия на зону регионарного метастазирования и первичной опухоли (СОД 40 Гр.) и полихимиотерапия по схеме Цисплатин 100 мг. м2+ Фторурацил 1000 мг. 1-4 дни. Всем больным с местно-распространенными регионарными метастазами на шее после проведенного консервативного лечения было выполнено расширенная лимфаденэктомия, с удалением первичной опухоли. Во всех случаях хирургическому вмешательству предшествовало тщательное УЗИ исследование шейных лимфатических узлов для уточнения распространения

и инвазии лимфатического узла. При обнаружении увеличенных лимфатических узлов выполняли тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) под контролем УЗИ. По данным УЗИ, при подозрении на инвазию метастаза в сонную артерию и её ветвей, у отдельных пациентов проведено магнитно-резонансная томография (МРТ) шеи и, или ангиография сосудов шеи. В каждом наблюдении выполнен строго запланированный объем до оперативного вмешательства, что говорит об адекватности дооперационного обследования. После проведенного хирургического вмешательства прослежена судьба всех оперированных больных.

Результаты: В период наблюдения от 3 до 18 месяцев, первой группе больных из 35 оперированных, у 8 обнаружено регионарные метастазы на противоположной стороне шеи. Этим больным после предварительной подготовки произведено различные объемы лимфадиссекции шеи. У 2 больных обнаружено отдаленные метастазы в легкие. У 3 больных при контрольном осмотре после 1 года лечения обнаружено рецидив первичной опухоли. У одного из них произведено повторная хирургическая вмешательства, у двоих проведено химиолучевое лечение связи отказом пациента от повторной операции. Во второй группе из 41 оперированных больных у 9 в сроке наблюдения выявлены регионарные метастазы в шейные лимфатические узлы на противоположной стороне поражения. Состояние метастазов оценивалось как N1-2. Этим больным было произведено стандартные лимфаденэктомии. У 14 больных обнаружено рецидив метастазов на стороне ранее произведенной операции. Во всех случаях произведено тонкоигольная пункционная биопсия увеличенного лимфатического узла под контролем УЗИ. Всем этим больным проводили УЗИ шеи и у всех 14 больных определено увеличенные лимфатические узлы в зоне сосудисто-нервного пучка (в зоне бифуркации сонной артерии). Из 14 больных у 3 произведено повторная операция в объеме удаление метастатической опухоли с резекцией наружной сонной артерии. У 9 больных проведено химиолучевое лечение и 2ое больных отказались от предложенного лечения. Отдаленные метастазы обнаружено у 3 больных.

Выводы: 1. Результаты хирургического лечения регионарных метастазов с символом N-1 утешительные и особой тревоги не требует.

2. Частота рецидивов местно-распространенных регионарных метастазов шеи с символами N2-3 после хирургического лечения за период наблюдения составило 34,1%.

3. Предоперационная химиолучевая терапия не может улучшить показатели выживаемости больных регионарными метастазами.

4. Для улучшения показателей хирургического метода лечения местно-распространенных регионарных метастазов с символами N2-3 и опухолей орофарингиальной области требует новых подходов и модификаций хирургического метода лечения.

Использованная литература:

1. Гарбузов М.И. Лучевая терапия первичных злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1982.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М., 1997
3. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге. – СПб., 1996.
4. Чаклин А.В., Глебова М.И., Бармина Н.М. Организация онкологической службы в СССР. – М.: Медицина, 1976.
5. Кисличко А.Г. Химиотерапия в комбинированном и комплексном лечении злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта, ротоглотки и верхней челюсти. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1998. С. 34.
6. Воробьев Ю.И., Бяхов М.Ю., Гузов М.И. и др. Методика химиолучевой терапии местно-распространенного.
7. Chaundhary A.J., Pande S.C., Sharma V. Radiotherapy of carcinoma of the buccal mucosa. Semin Surg Oncol 1989; 5:322–6.
8. TNM Classification of malignant tumors, UICC International Union against Cancer, 5th edition. – New York: WileyLiss. Inc., 1997.
9. Schantz S.P., Harrison L.B., Forastiere A.A. Tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses, nasopharynx, oral cavity, and oropharynx, in Devita VT Jr / Hellman S, Rosenberg SA (eds): Cancer: Principles and Practice of Oncology. – Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. – P. 797–860.
10. Lefebvre J.L., Lartigau E., Kara A., Sarini J. Oral Cavity, Pharynx and Larynx Cancer // Prognostic Factors in Cancer 2 ed. / Ed. Gospodarowicz M. K. et al. – New York: A. John Wiley and sons, 2001. – P. 151–166.