

Легеза Н. В., Драйцев И. И.
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛУЧЕВОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПЕРВИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ I-II СТАДИЙ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Иванов С. А.

Кафедра онкологии

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Актуальность. Основными способами терапии рака нижней губы (РНГ) являются хирургический и лучевой. Выбор метода определяется противоопухолевой эффективностью лечения и качеством жизни после лечения.

Цель: сравнить результаты лучевого и хирургического лечения первичного РНГ (ПРНГ) I-II стадий.

Материалы и методы. Анализу подверглись результаты лечения 471 пациентов с ПРНГ. Средний возраст $67,8 \pm 10,3$ лет, женщины – 120, мужчины – 351, в стадиях: T1 N0 M0 – 317, T2 N0 M0 – 154. У всех пациентов гистологически подтвержден плоскоклеточный рак. Из них лучевая терапия (ЛТ) проводилась 303 пациентам. Стадии T1 N0 M0 – 191, T2 N0 M0 – 112. Близкофокусная рентгенотерапия (БФРТ) как самостоятельный метод была проведена 221 пациентом, контактную лучевую терапию (КЛТ) провели 82 пациентам. Хирургическое лечение (ХЛ) проводилось 168 пациентам, всем пациентам после резекции НГ было выполнено пластическое замещение дефекта различными методами. Стадии T1 N0 M0 – 126, T2 N0 M0 – 42. При статистической обработке полученных результатов применялась программа Statistica, версия 6.0 (StatSoft, USA), использовались методы непараметрического анализа (критерий χ^2 с поправкой Yates).

Результаты и их обсуждение. Число локальных рецидивов в течение 5 лет наблюдения после лечения РНГ составило – 37(7.9%) от общего числа пациентов, в т.ч. после ЛТ – 32(10.6%), после хирургического 5(3%). При I стадии РНГ рецидивы наблюдались у 19(6.3%) после ЛТ и у 3(1.8%) пациентов после ХЛ. Частота рецидивов после ЛТ РНГ стадии T1 N0 M0 статистически значимо выше, чем при ХЛ, $p < 0,05$. При II стадии РНГ ЛТ рецидивы наблюдались у 13(4.3%) и у 2(1.2%) пациентов после ХЛ. Частота рецидивов после ЛТ РНГ стадии T2 N0 M0 статистически значимо выше, чем при ХЛ, $p < 0,05$. Ранние осложнения послеоперационного периода: диастаз краев раны, краевой некроз лоскута встречались у 7(4.2%) пациентов. У всех пациентов к моменту окончания ЛТ регистрировалась острая лучевая реакция 3 степени. Длительность эпителизации эрозий свыше 60 суток от начала ЛТ для T1 N0 M0 и для T2 N0 M0 наблюдалась у 34(11,2%) пациентов. Частота ранних послеоперационных осложнений при ХЛ статистически значимо ниже, чем частота случаев замедленного купирования острой лучевой реакции при ЛТ, $p < 0,05$. При сохранении дефекта покровных тканей НГ после 90 суток состояние трактовалось как позднее лучевое повреждение. Поздние осложнения послеоперационного периода наблюдались у 19(11.3%) пациентов: дисфункция угла рта 4 случая (2.4%) и рубцовая деформация 15 пациентов (8.9%). Поздние лучевые повреждения 3-4ст. (выраженные телеангиэктазии, атрофический дерматит с эрозированием, лучевая язва НГ) наблюдались у 25(8.3%) пациентов и требовали медикаментозной терапии, а также дифференцировки с рецидивом РНГ. Сравнение частоты поздних осложнений после ЛТ и после ХЛ РНГ не выявило статистически значимых различий, $p > 0,05$.

Выводы. Частота локальных рецидивов РНГ I и II стадии статистически значимо выше после ЛТ, чем после ХЛ. Частота ранних послеоперационных осложнений при ХЛ РНГ I и II стадии статистически значимо ниже, чем частота случаев замедленного купирования острой лучевой реакции при ЛТ РНГ I и II стадии. Частота стойких послеоперационных осложнений при ХЛ РНГ I и II стадии и поздних лучевых повреждений при ЛТ РНГ I и II стадии не имеет статистически значимого различия.