



Козель Ю.Ю., Кузнецов С.А.

РАК НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ РНИОИ

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»

Минздравсоцразвития России, отделение детской онкологии.

Россия, 344033, г. Ростов-на-Дону, ул.14 линия 63, тел. (863) 250-2971

Рак носоглотки относительно редкое заболевание для детского возраста. Поэтому результаты лечения детей с данным заболеванием недостаточно освещены в литературе. Нами проведен анализ результатов лечения детей с раком носоглотки, наблюдавшихся в отделении детской онкологии РНИОИ. Всего в отделении детской онкологии РНИОИ наблюдалось 17 больных. В статье представлены стадийность заболевания, морфологическое распределение рака носоглотки у наблюдавшихся детей, результаты проведенного лечения при проведении определенной схемы химиолучевого лечения.

Ключевые слова: рак, носоглотка, химиолучевое лечение, дети.

Kozel Yu.Yu., Kuznetsov S.A.

CANCER OF NASOPHARYNX IN CHILDREN: EXPERIENCE OF TREATMENT AT PEDIATRIC ONCOLOGY DEPARTMENT OF ROSTOV CANCER RESEARCH INSTITUTE

Federal State Institution "Rostov Cancer Research Institute"

Ministry of Health and Social Development of Russia,

Pediatric Oncology Department

63, 14 Line, Rostov-on-Don, 344037, Russia, tel. +7(863) 250-29-71

Cancer of nasopharynx is a rather rare pediatric disease. That is why the results of treatment of children with this disease presented in literature are scanty. We performed treatment analysis of children with nasopharyngeal cancer observed at Pediatric Oncology Department of Rostov Cancer Research Institute. The study includes 17 patients. The paper presents stages of the disease, morphologic distribution of nasopharyngeal cancer in the studied group, results of the performed treatment with a certain scheme of chemo-radiotherapy

Keywords: Cancer, nasopharynx, chemoradiotherapy, children.

Злокачественные опухоли носоглотки у детей составляют от 1 до 3% от общего числа детей со злокачественными новообразованиями. Данная патология встречается повсеместно, однако наибольшая распространенность отмечается у жителей Юго-Восточной Азии и составляет около 10-20% всех злокачественных опухолей у детей. Анатомо-топографические особенности носоглотки предопределяют варианты клинического течения заболевания, такие как распространение опухоли в близлежащие структуры с развитием соответствующей симптоматики. Выраженная биологическая активность низкодифференцированного рака носоглотки у детей объясняет агрессивность течения с развитием как регионарных, так и отдаленных метастазов. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов при недифференцированном раке носоглотки отмечается более чем в 90% наблюдений с преимущественной лока-

лизацией в верхних отделах шеи. Отдаленные метастазы могут развиваться в легких, костях, мягких тканях, печени и других органах. [1] Морфологически согласно Международной гистологической классификации ВОЗ, носоглоточный рак имеет три варианта: плоскоклеточный ороговевающий, плоскоклеточный неороговевающий, недифференцированный. [2] К двум последним вариантам часто применяют термин лимфоэпителиальный рак.

Лимфоэпителиальный рак занимает основное место среди злокачественных эпителиальных опухолей носоглотки и встречается в 97% наблюдений. [2] Диагностика опухолей носоглотки на ранних стадиях развития представляет очень большие сложности. Носоглотку считают «слепой» зоной, крайне трудной для первичной диагностики, обозрения и манипуляций, кроме того, часто встречающиеся воспалительные процессы в носоглотке у детей (аденоидиты, ринофарингиты) имеют сходную



симптоматику со злокачественными новообразованиями носоглотки. Так же большое количество лимфаденопатий различной этиологии с локализацией на шее приводит к еще большим трудностям в диагностике. С трудностями диагностики связывают большой процент детей, поступивших на специализированное лечение в запущенных стадиях заболевания – III-IV стадии (около 70-80%). [1] Основным методом лечения злокачественных опухолей носоглотки у детей является химиолучевая терапия. По данным доступной нам литературы выживаемость детей с раком носоглотки не превышает 30% [3] Однако из-за относительно низкой частоты встречаемости данной патологии на территории Российской Федерации схемы и результаты лечения в современной отечественной литературе освещены недостаточно.

На базе отделения детской онкологии Ростовского научно-исследовательского онкологического института за период с 2004 по 2009 год проходили лечение 17 больных по поводу рака носоглотки, что составило 4,2% случаев от всех больных детей со злокачественными опухолями, проходивших лечение в отделении детской онкологии за истекший период.

На момент поступления у 1 пациентки (5,9%) выставлена I стадия процесса, у 3 больных (17,6%) II стадия, у 11 больных (64,7%) III стадия и у 2 больных (11,7%) IV стадия. Средний срок от момента появления первых симптомов заболевания до верификации процесса составил 3 месяца, что обусловлено лечением больных по поводу хронических аденоидитов, риносинуситов, банальных лимфаденитов в различных стационарах неонкологического профиля. Средний возраст пациентов составил $15,0 \pm 0,5$ лет.

По морфологическим вариантам опухоли разделились следующим образом: недифференцированный рак – 12 случаев (70,6%), неороговевающий плоскоклеточный рак – 4 случая (23,5%), в 1 случае (5,9%) наблюдался высокодифференцированный переходно-клеточный рак.

По клиническим признакам отмечался типичный симптомокомплекс для данной патологии: заложенность носа, конгломерат лимфатических узлов на шее. У больных с верифицированной IV стадией заболевания определялось: у одного больного местно-распространенный процесс, с прорастанием в полость черепа и поражением височной доли головного мозга, и у одного больного поражение лимфатических узлов надключичной области и средостения с метастатическим поражением головного мозга.

Схема терапии предполагала проведение 4 курсов индукционной полихимиотерапии, в последующем лучевой терапии по радикальной программе в суммарной очаговой дозе на носоглотку 60 Гр., на лимфатические узлы шеи 50 Гр и 4 курсов консолидирующей полихимиотерапии. В схему полихимиотерапии включались препараты циклофосфан в 1,8 дни в дозе 500 мг/м², доксорубин 30 мг/м² в 1 день, винкристин 1,5 мг/м² в 1,8 дни, цисплатин 100 мг/м² в 4 день. Перерыв между курсами полихимиотерапии составлял 3 недели.

В результате проведенного лечения в настоящее время в ремиссии находятся 10 пациентов (58,8%). Средний срок ремиссии составляет 3 года. Exitus letalis отмечен в 5 наблюдениях (29,4%). 2 больных были из-под наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В. Детская онкология. - М.: Медицина, 2002. – 600с.
2. Черствый Е.Д., Кравцовой Г.И., Фурманчук А.В. Опухоли и

опухолеподобные процессы у детей. - Минск: «Асар», 2002. – 399с.

3. Переводчикова Н.И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Справочник. - М. 2005. – 700с.

ПОСТУПИЛА: 08.10.2010