

DOI: 10.26693/jmbs03.04.115

УДК 616-006.61

Садчикова М. В.

РОЛЬ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

marinasadchikova@rambler.ru

Целью данной работы было проанализировать эффективность химиолучевого лечения 46 больных плоскоклеточным местно-распространенным раком головы и шеи. Метод лечения: лучевая терапия с модификацией цисплатином (1 группа) и паклитакселом (2 группа). Результаты: в 1 группе полный ответ отмечен у 25,0% пациентов; частичный ответ был выявлен в 45,8%, стабилизация процесса – в 29,2% случаев. Во 2-й группе в 36,4% – отмечался полный эффект; у 45,5% больных – частичный эффект; у 18,1% – стабилизация процесса. В 1 группе после химиолучевого лечения операция выполнена у 37,5%, а во 2-й – у 54,5% пациентов. После завершения химиолучевого лечения 25 больных получали химиотерапию. Всего после проведения химиолучевого лечения и химиотерапии в первой группе прооперировано 58,3% и во второй – 90,9% больных. Через 12 месяцев наблюдения в 1 группе наблюдалась склонность к более частому прогрессированию опухолевого процесса, в том числе и его генерализации. Вывод: после лечения больных в сочетании с паклитакселом доля пациентов, у которых возможно провести операцию достоверно выше, чем в сочетании с цисплатином, также отмечается более выраженная тенденция к благоприятному течению опухолевого процесса, чем в случаях в сочетании с цисплатином. Полученные выводы дают нам основания продолжать изучение данного вопроса.

Ключевые слова: местнораспространенный рак головы и шеи, химиолучевая терапия, паклитаксел.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Данная работа является фрагментом НИР «Обґрунтування вибору послідовності етапів комплексного і супровідного лікування онкологічних хворих на основі сучасних діагностичних технологій», № гос. регистрации 0116U004794

Введение. В структуре онкологической заболеваемости рак головы и шеи составляет 7,9% [1]. Наиболее часто наблюдается плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта, рото- и носоглотки, гортани и гортаноглотки. По данным На-

ционального канцер реестра Украины, 48% больных раком полости рта поступают в специализированные лечебные учреждения с местно-распространенным процессом (МРРГШ) – Т3-4N0-3 M0, и 43% их умирает уже на первом году с момента постановки диагноза. Еще хуже результаты по раку ротоглотки: в запущенных стадиях выявляется 75% больных, и не переживают один год с момента постановки диагноза 47% заболевших [1]. В 2015 г. не прожили и года из числа впервые заболевших 29% пациентов раком гортани, с III и IV стадиями составили 58,4% [1].

Стандартом лечения больных раком головы и шеи является комбинированный и комплексный методы, включающий лучевую терапию, оперативное вмешательство и химиотерапию. Возможности хирургического и/или комбинированного лечения этих пациентов оказываются ограниченными, и они направляются на лучевую терапию. Однако на основании многочисленных рандомизированных исследований с использованием различных режимов фракционирования дозы показано, что 3-х – 5 летняя выживаемость при проведении только лучевой терапии не превышает 30 и 20% соответственно [2, 3, 13].

В последние десятилетия достигнуты определенные успехи в совершенствовании традиционных и разработке новых методов лечения местнораспространенного рака головы и шеи. До недавнего времени ведущим методом лечения неоперабельного МРРГШ была лучевая терапия (ЛТ) в монорежиме с предшествующей или последующей химиотерапией (ХТ). С конца двадцатого века стандартом лечения таких больных стала сочетанная химиолучевая терапия с использованием одно- или двухкомпонентной ХТ (препараты платины с или без 5-фторурацила) [4, 5, 7, 16].

Обоснованием такого лечения послужило следующее: возможность элиминации диссеминированных по организму опухолевых клеток и, соответственно, снижение вероятности отдаленного метастазирования; непосредственное повреждение и гибель наиболее чувствительных пролиферирующих клеток опухоли, уменьшение ее размеров с

последующим хирургическим лечением; развитие под влиянием вышеуказанной ХТ синхронизации клеточного деления, подавления репаративных процессов в сублетально и потенциально летально поврежденных клетках опухоли обуславливает повышение их чувствительности к лучевому воздействию и, в конечном итоге, к усилению эффекта противоопухолевого лечения.

Внедрение в клиническую практику активной цитостатической терапии позволило увеличить продолжительность и качество жизни пациентов. Согласно данным рандомизированных исследований [2,7], показатели трехлетней выживаемости в изучаемых группах колебались от 30–50% до 51–78%, при медиане выживаемости – 53%. Трехлетняя выживаемость при самостоятельной лучевой терапии находится в пределах 20–34% и в среднем составляет 25%, что в два раза ниже по сравнению с показателями химиолучевой терапии. Пятилетняя выживаемость при химиолучевой терапии составила 20–24%, только при лучевой терапии – 10%.

В начале 90-х годов прошлого столетия появился новый класс противоопухолевых препаратов растительного происхождения – таксаны, а в середине 90-х годов 20 века и начале 21 века в странах Европы и Северной Америки проведен ряд исследований по изучению эффективности одного из этих препаратов – паклитаксела в лечении плоскоклеточного рака головы и шеи [6, 8, 9, 10, 11]. Клинические исследования свидетельствуют о целесообразности использования таксанов одновременно с облучением при немелкоклеточном раке легкого, злокачественных новообразованиях головы и шеи, раке молочной железы и опухолях головного мозга. Паклитаксел обладает радиосенсибилизирующими свойствами и может вводиться еженедельно на протяжении всего курса лучевой терапии; максимальные переносимые дозы составляют 30–40 мг/м².

Целью данного исследования была оценка эффективности лучевой терапии в сочетании с паклитакселом. В группу сравнения были включены больные МРРГШ, которым проводилась лучевая терапия в комбинации с цисплатином.

Материалы и методы исследования. Было пролечено 46 больных с диагнозом МРРГШ стадия TNM согласно 6 редакции – T3-4N1-3M0 (18 больных раком ротоглотки, 8 больных раком гортани, 20 больных раком полости рта). III стадия была у 12% больных, IV стадия у 88%. 70,5% больных имели регионарные метастазы на момент начала лечения в стадии N2-3. Средний возраст пациентов составил 57 лет, возрастные границы от 48 до 67 лет. Во всех случаях был верифицирован плос-

коклеточный рак разной степени дифференцировки. Общее состояние оценивалось по шкале ECOG ВОЗ, на момент начала лечения у всех больных составило 0-1.

Больные были разделены на 2 группы: 1 группа 24 пациента – получили химиолучевое лечение в качестве модификатора использовали цисплатин 40 мг/м² 1 раз в неделю с обязательной водной нагрузкой. Лучевую терапию проводили в режиме: при облучении опухоли и лимфоузлов шеи разовая очаговая доза (РОД) за фракцию составляла 2 Гр. Лечение проводилось 1 раз в день, 5 дней в неделю до суммарной очаговой дозы (СОД) 70 Гр. Первоначальный объем мишени, включавший первичную опухоль и пораженные лимфатические узлы с захватом окружающих тканей в пределах 3 см, облучали до СОД 50 Гр. Затем размеры полей сокращали до захвата 2 см окружающих тканей до СОД 70 Гр. 2 группа – 22 больных. Одновременная химиолучевая терапия в этой группе проведена по следующей схеме: паклитаксел 30 мг/м², внутривенно в течение 120 мин с обязательной премедикацией 1 раз в неделю и облучение в режиме 70 Гр/35 фракций / 7 нед. Схема облучения аналогична 1 группе.

Исследование проведено в соответствии с основными биоэтическими нормами Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения научно-медицинских исследований с поправками (2000, с поправками 2008), Универсальной декларации по биоэтике и правам человека (1997), Конвенции Совета Европы по правам человека и биомедицине (1997). Письменное информированное согласие было получено от каждого участника исследования.

Эффективность лечения оценивалась после окончания лечения по шкале RECIST 1.1. (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors). Медиана времени наблюдения составила 12 мес.

Результаты исследования. Обсуждение результатов. В целом переносимость лечения была хорошей как в первой, так и во второй группах: 100% больных получили запланированное химиолучевое лечение полностью. Летальных исходов вследствие осложнений лечения не зарегистрировано. Степень острых лучевых реакций оценивали в соответствии с критериями RTOG/EORT. У всех пациентов в процессе лечения отмечались побочные эффекты I–III степени. Лучевых реакций 4 степени не отмечалось. В табл. представлены побочные реакции одновременной химиолучевой терапии.

Частота острых лучевых реакций выше была во 2 группе пациентов, получивших лучевую терапию в сочетании с паклитакселом. Наиболее частым осложнением лечения был мукозит, который

Таблиця – Побочные реакции при химиолучевой терапии

Побочный эффект	Группы	Количество наблюдений и частота побочных реакций (%)		
		I степень	II степень	III степень
Гематологические реакции	1	7 (29,2 ± 9,3) p < 0,01	1 (4,2 ± 4,09) p > 0,05	0
	2	20 (90,9 ± 6,1)	2 (9,1 ± 6,1)	0
Кожные изменения	1	9 (37,5 ± 9,9) p < 0,01	0 p < 0,05	0
	2	18 (81,8 ± 8,2)	4 (18,2 ± 8,2)	0
Лучевой мукозит	1	24 (100) p < 0,01	0 p < 0,01	0
	2	15 (68,2 ± 9,9)	7 (31,8 ± 9,9)	0
Тошнота/рвота	1	7 (29,2 ± 9,3) p > 0,05	0	0
	2	11 (50 ± 10,7)	0	0
Боль	1	2 (8,3 ± 5,7) p < 0,05	0	0
	2	9 (40,9 ± 10,5)	0	0
Дисфагия	1	0 p > 0,05	0	0
	2	1 (4,5 ± 4,4)	0	0

выявлен у всех больных. В первой группе его выраженность ограничивалась I степенью, тогда как во второй – у 31,8 ± 9,9% пациентов достигала II и III степени, что достоверно отличается от показателя в первой группе (p < 0,01).

Второе место по частоте занимали поражения кожи: в первой группе они выявлены у 37,5 ± 9,9%, а во второй – у 100% больных (p < 0,01), причем эти поражения у первых были представлены изменениями только I степени, а у вторых наряду с этим в 18,2 ± 8,2% наблюдений и II-й степени (p < 0,05).

На третьем месте были гематологические реакции. Проявлялись они в основном лейкопенией, наблюдавшейся по группам в 33,4 ± 9,6% и 100% случаев (p < 0,01), в большинстве которых она ограничивалась I-й степенью.

Интенсивность диспептических явлений (тошнота/рвота) и боли достигали только I-й степени. Достоверных различий частоты диспепсий в разных группах не отмечено, а боль существенно чаще встречалась во второй группе.

Всем больным проводилась сопроводительная терапия. Вынужденный перерыв химиолучевого лечения из-за выраженной его токсичности имел место у двух больных второй группы с лейкопенией II степени.

Первоначальная оценка эффективности химиолучевой терапии показала, что в первой группе полный эффект отмечен у 6 больных (25,0 ± 8,8%): 4 больных раком гортани, 2 – раком ротоглотки. Частичный эффект был выявлен у 11 пациентов

(45,8 ± 10,2%): 1 – рак гортани, 6 рак ротоглотки, 4 – рак полости рта. Стабилизация процесса установлена у 7 больных (29,2 ± 9,3%) раком полости рта. Во второй группе в 8 случаях (4 рак ротоглотки, 2 рак полости рта, 2 рак гортани) – 36,4 ± 10,3% – отмечался полный эффект; у 45,5 ± 10,6% больных (10 наблюдений: 1 рак гортани, 6 рак ротоглотки, 3 рак полости рта) – частичный эффект; у 18,1 ± 8,2% (4 рак полости рта) – стабилизация процесса. Во второй группе отмечалась тенденция к более высокой частоте полного эффекта от лечения, чем в первой.

У 11 больных 2 группы с местно-распространенными опухолями головы и шеи после химиолучевого лечения выполнены органосохраняющие хирургические вмешательства (резекции): 5 больным раком полости рта, 2 больным раком гортани, 4 пациентам раком ротоглотки. Одному больному раком гортани выполнена радикальная операция-ларингэктомия. В 8 случаях наших наблюдений в 1 группе также выполнены резекции: у 4 больных раком гортани, 2 – раком ротоглотки, 2 полости рта и в одном случае выполнена ларингэктомия. Всего в первой группе операция выполнена у 9 (37,5 ± 9,9%), а во второй – у 12 (54,5 ± 10,6%) пациентов. После хирургического лечения больные получали адьювантную химиотерапию.

После завершения химиолучевого лечения 25 больных продолжили лечение химиотерапией по схеме таксаны/цисплатин/5-фторурацил. После 4 курсов химиотерапии 13 пациентам (5 из первой группы и 8 из второй) выполнены различные хирургические вмешательства. Всего после проведения химиолучевого лечения и химиотерапии в первой группе прооперировано 14 и во второй – 20 больных; это составило соответственно 58,3 ± 10,1% и 90,9 ± 6,1% – различия между показателями статистически достоверны (p < 0,01).

Через 12 месяцев наблюдения прогрессирование зарегистрировано у 12 (50%) больных первой группы: у 2 пациентов раком гортани, 5 – раком ротоглотки и 4 раком полости рта. У одного больного 1 группы раком ротоглотки на 10 месяце наблюдения обнаружены отдаленные метастазы в легкие. Во второй группе прогрессирование выявлено у 9 (40,9%) пациентов раком ротоглотки и полости рта. Прогрессирование наблюдали в локорегионарной зоне. В первой группе наблюдалась склонность к более частому прогрессированию опухолевого процесса, в том числе и его генерализации. Хотя это согласуется с данными литературы [6, 12, 14], но в нашем исследовании различия указанного показателя по группам оказались статистически не существенными, что свидетельствует о необходимости дополнительного изучения данного вопроса.

Таким образом, у пациентов второй группы достоверно чаще наблюдались побочные реакции, в том числе II-й и III-й степени, на проведенную химиолучевую терапию, что совпадает с данными литературы [15]. При применении паклитаксела с последующей полихимиотерапией достоверно увеличивалась доля пациентов, у которых стало возможным выполнение операций. Также у больных в группе паклитаксела отмечается тенденция более частых полных ответов согласно RECIST 1.1.

Выводы

1. При химиолучевом лечении МРРГШ с использованием паклитаксела отмечается более частое развитие побочных реакций на терапию, чем при применении цисплатина, поэтому в первом случае необходимо всегда прибегать к сопроводительной терапии.
2. После химиолучевого лечения больных МРРГШ в сочетании с паклитакселом и последующей химиотерапией доля пациентов, у которых возможно

провести операцию достоверно выше, чем в сочетании с цисплатином.

3. У больных МРРГШ, подвергнувшимся лучевому лечению в сочетании с паклитакселом отмечается более выраженная тенденция к благоприятному течению опухолевого процесса, чем в случаях в сочетании с цисплатином.
4. Исследуемая схема лечения не имеет сложностей в проведении.

Перспективы дальнейших исследований.

Полученные данные помогут улучшить результаты лечения больных местнораспространенным раком головы и шеи. Учитывая наличие некоторых расхождений результатов нашего исследования с данными литературы необходимо продолжать исследование в данном направлении для дальнейшего изучения вопроса химиолучевой терапии МРРГШ и повышения эффективности лечения данной группы пациентов.

References

1. Byulleten Natsyonalnogo kantser-reestra № 18 "Rak v Ukrainy, 2015-2016", Kyev, 2017. [Russian].
2. Quon H, Leong T, Haselow R, Leipzig B, Cooper J, Forastiere A. Phase III study of radiation therapy with or without cis-platinum in patients with unresectable squamous or undifferentiated carcinoma of the head and neck: An Inter-group Trial of the Eastern Cooperative Oncology Group (E2382). *Int J Rad Oncol Bio Phys.* 2011; 81 (3): 719-25. PMID: 20888709. PMCID: PMC3612971. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2010.06.038.
3. Falli C, Bolner A, Gava A, et al. Locoregionally advanced carcinoma of the oropharynx: conventional radiotherapy vs accelerate hyperfractionated radiotherapy vs concomitant radiotherapy and chemotherapy – a multicenter randomized trial. *Radiotherapy and oncology.* 2004; 73 (1): 676.
4. Garden AS, Pajak TF, Vokes E, et al. Preliminary results of RTOG 9703 – a phase II randomized trial of concurrent radiation (RT) and chemotherapy for advanced squamous cell carcinomas (SCC) of the head and neck. *Proc of ASCO.* 2001; 20: 223.
5. George L, Cozalet M, Digue L, et al. A dose volume histogram analysis of the PTV in patients with advanced head and neck cancer treated with concurrent chemoradiotherapy. *EJC.* 2005; 3 (2): 1027.
6. Himadri KD, Devi YS, Devi Y, Singh J, Singh J. A study of weekly paclitaxel vs weekly cisplatin with concomitant chemoradiation in locally advanced head and neck cancer. *Int J of Research in Medical Sciences.* 2017; 5 (11): 4895-902. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20174941>.
7. Merlano M, Benasso M, Corvo R, Rosso R, Vitale V, Blengio F, Numico G, et al. Five-year update of a randomized trial of alternating radiotherapy and chemotherapy compared with radiotherapy alone in treatment of unresectable squamous cell carcinoma of the head and neck. *J Nat Cancer Inst.* 2006; 88 (2): 583-9. PMID:8609658. DOI: 10.1093/jnci/88.9.583.
8. Nakahara S, Hanamoto A, Seo Y, Miyaguchi S, Yamamoto Y, Tomiyama Y, Yoshii T, et al. Chemoradiotherapy with weekly low-dose docetaxel and cisplatin concurrent with radiation for patients with locally advanced nasopharyngeal carcinoma, followed by adjuvant chemotherapy for selected patients. *Jpn J Clin Oncol.* 2016; 46 (10): 903-10. PMID: 27474126. DOI: 10.1093/jcco/hyw100.
9. Inohara H, Takenaka Y, Yoshii T, Nakahara S, Yamamoto Y, Tomiyama Y, Seo Y, et al. Phase 2 study of docetaxel, cisplatin, and concurrent radiation for technically resectable stage III-IV squamous cell carcinoma of the head and neck. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2015; 91 (5): 934-41. PMID: 25832686. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2014.12.032.
10. Nakahara S, Takenaka Y, Ogawa K, Nishiie S, Yamamoto Y, Seo Y, Isohashi F, et al. Phase II study of docetaxel, cisplatin, and concurrent radiation followed by platinum-based adjuvant chemotherapy for technically unresectable, locally advanced head and neck squamous cell carcinoma. *Int J Clin Oncol.* 2016; 21 (6): 1030-7. PMID: 27306220. DOI: 10.1007/s10147-016-0997-6.
11. Puthiyottill SS, Bhattacharyya T, Purushothaman K, Muttath G. Phase 2 Study of Docetaxel, Cisplatin, and Concurrent Radiation for Technically Resectable Stage III-IV Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2015; 93 (2): 469-70. PMID: 26383688. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2015.05.031.
12. Rades D, Seidl D, Wollenberg B, Schild SE, hakim SG. Radiochemotherapy with Paclitaxel for Recurrent Previously Irradiated Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Anticancer Res.* 2016; 36 (10): 5463-8. <https://doi.org/10.21873/anticancer.11126>.
13. Gebhardt BJ, Mendenhall CM, Morris CG, Kirwan J, McAfee WJ, Mendenhall WM. Radiotherapy alone or combined with chemotherapy for the treatment of squamous cell carcinoma of the base of the tongue. *Am J Clin Oncol.* 2014; 37 (6): 535-8. PMID: 23428951. DOI: 10.1097/COC.0b013e31827e5505.

14. Roskies M, Kay-Rivest E, Mascarella MA, Sultanem K, Mlynarek A, Hier M. Survival outcomes in patients with oropharyngeal cancer treated with carboplatin / paclitaxel and concurrent radiotherapy. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016; 45 (10): 50. PMID: 27724969. PMCID: PMC5057223. DOI: 10.1186/s40463-016-0163-1.
15. Sohit PK, Kanotra S, Gupta A, et al. Chemoradiation in Advanced Head and Neck Cancers: A Comparison of two Radiosensitizers, Paclitaxel and Cisplatin. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015; 63 (3): 229-36.
16. Carlsson L, Bratman SV, Siu LL, Spreafico A. The Cisplatin Total Dose and Concomitant Radiation in Locoregionally Advanced Head and Neck Cancer: Any Recent Evidence for Dose Efficacy? *Curr Treat Options Oncol.* 2017; 18 (7): 39. PMID: 28555374. DOI: 10.1007/s11864-017-0482-0.

УДК 616-006.61

РОЛЬ ХІМІОПРОМЕННОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МІСЦЕВОПОШИРЕНИЙ РАК ГОЛОВИ ТА ШИЇ

Садчикова М. В.

Резюме. Метою роботи було проаналізувати ефективність хіміопромислового лікування 46 хворих плоскоклітинним місцево-поширеним раком голови і шиї. Метод лікування: променева терапія з модифікацією цисплатином (1 група) і паклітакселом (2 група). Результати: в 1 групі повна відповідь відзначена у 25,0% пацієнтів; часткова відповідь була виявлена в 45,8%, стабілізація процесу – в 29,2% випадків. У 2-й групі в 36,4% – відзначався повний ефект; у 45,5% хворих – частковий ефект; у 18,1% – стабілізація процесу. В 1 групі після хіміопромислового лікування операція виконана у 37,5%, а в 2-й – у 54,5% пацієнтів. Після завершення хіміопромислового лікування 25 хворих отримали хіміотерапію. Всього після проведення хіміопромислового лікування та хіміотерапії в першій групі прооперовано 58,3% і в другій – 90,9% хворих. Через 12 місяців спостереження в 1 групі спостерігалася схильність до більш частого прогресування пухлинного процесу, в тому числі і його генералізації. Висновок: після лікування хворих в поєднанні з паклітакселом частка пацієнтів, у яких можливо провести операцію достовірно вище, ніж в групі з цисплатином, також відзначається більш виражена тенденція до сприятливого перебігу пухлинного процесу, ніж у випадках в поєднанні з цисплатином. Отримані висновки дають нам підстави продовжувати вивчення даного питання.

Ключові слова: місцево поширений рак голови і шиї, хіміопроменова терапія, паклітаксел.

UDC 616-006.61

The Role of Chemoradiotherapy in Treatment of Patients with Locally Advanced Head and Neck Cancer

Sadchikova M. V.

Abstract. *The purpose of the study was to evaluate the effectiveness of chemoradiotherapy in combination with paclitaxel.*

Materials and methods. 46 patients with locally advanced head and neck cancer with morphologically verified squamous-cell cancer were examined. Two treatment methods were used: radiotherapy with modification by cisplatin and radiotherapy combined with paclitaxel. The patients were diagnosed with T3-4N1-3M0 (18 patients with oropharyngeal cancer, 8 patients with laryngeal cancer, and 20 patients with oral cancer). Stage III was in 12% of patients, stage IV – at 88%. 70.5% of patients had regional metastases at the start of treatment in stage N2-3. The average age of patients was 57 years old. In all cases, squamous cell carcinoma of different degrees of differentiation was verified. The general condition was evaluated according to the WHO/ECOG scale, at the time of beginning of treatment in all patients was 0-1.

Results and discussion. The complete effect occurrence was 36.4% in the group with modification by paclitaxel as compared to 25% in the group with cisplatin. Paclitaxel treatment scheme does not present difficulties in realization and has no distinct acute side effects. After completion of chemoradiotherapy, 25 patients (54%) continued polychemotherapy with a taxane / cisplatin / 5-fluorouracil regimen. After 4 courses of chemotherapy, 13 patients (5 from the first group and 7 from the second) underwent various surgical interventions. After 12 months of follow-up, progression was recorded in 12 (50%) patients of the first group: 2 patients with laryngeal cancer, 5 – with oropharyngeal cancer and 4 with oral cancer. Only one patient of group 1 had distant metastases to the lungs after 10 months of follow-up. In the second group, progression was detected in 9 (40.9%) patients with oropharyngeal and oral cavity cancer. Progression was observed in the locoregional zone.

Conclusions. The obtained results give us grounds to continue research in this direction. The investigated scheme of treatment has no difficulties in carrying out and expressed acute side effects. As to more pronounced radiation reactions in the second group, it is necessary to resort more often to accompanying therapy. Although the frequency of acute radiation reactions is higher in the group receiving radiotherapy in combination with paclitaxel, the effectiveness of treatment in this group was also higher than in comparison group. The incidence of complete effects in the paclitaxel modification group was 36.4% versus 25% in the cisplatin group. After 12 months the incidence of progression is higher in group 1. It is 50% of patients versus 40.9% in the second group.

Keywords: locally advanced head and neck cancer, chemoradiotherapy, paclitaxel.

Стаття надійшла 27.03.2018 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування