

*Є.В. КОРОБКО, В.С. ПРОЦИК*

## **ЗМІНИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПІД ВПЛИВОМ ІНДУКЦІЙНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ТА ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ**

*Національний інститут раку МОЗ України*

Рак ротової порожнини (РРП) є найбільш частою формою раку голови та шиї, який включає ураження слизової оболонки губ, щоки, альвеолярних відростків щелеп, язика та дна ротової порожнини. Поєднує пухлини даної локалізації практично однорідна гістологічна будова: 90-95 % складає плоскоклітинний рак [8].

Не дивлячись на те, що ротому порожнину можна віднести до візуальних локалізацій, майже половина хворих (47,3 %) надходить в спеціалізовані лікувальні установи з III-IV стадією пухлинного процесу. Це, в свою чергу, обумовлює високі показники смертності. Протягом першого року з моменту визначення діагнозу в Україні помирає 41,2 % пацієнтів [6].

Лікування хворих з місцево-поширеним РРП повинно бути комбінованим або комплексним, тобто, по можливості, включати всі основні види протипухлинного впливу: променеву терапію, хіміотерапію та хірургічне втручання.

Підвищення ефективності лікування, збільшення показників виживаності робить питання якості життя хворих на РРП більш значущим.

Ділянка голови та шиї представляє собою анатомічно складну зону. Тут відбувається перехрест травної та дихальної систем.

В зв'язку з розташуванням захворювання в ділянці ротової порожнини комплексне лікування, яке звичайно призначається, призводить до погіршення якості життя та більш тяжкої психосоціальної адаптації у порівнянні з пацієнтами з пухлинами інших локалізацій. Тому навіть незначна болю-

чість або набряк можуть значно погіршувати якість життя хворих в зв'язку з порушенням приймання їжі, ослабленням та виснаженням пацієнтів. Ускладнення дихання може стати причиною неможливості перенесення хворим навіть незначного фізичного навантаження.

Якщо з помірним погіршенням якості життя пацієнт може змиритися, особливо на фоні обнадійливих безпосередніх результатів лікування, то значне погіршення якості життя зводить нанівець всі досягнення по покращанню виживаності.

Вибір методу лікування повинен не лише забезпечувати максимальний протипухлинний вплив, а ще й, при можливості, покращувати самопочуття хворих. Визначення якості життя пацієнтів може відображати правильність тактики лікування та ступінь їх повернення до повсякденного життя [5].

### ***Матеріали та методи***

З метою об'єктивізації оцінки якості життя Європейською організацією вивчення та лікування раку розроблена шкала EORTC QLQ-30 (version 3,0), а також специфічний опитувальник QLQ-H&N35 для хворих на рак голови та шиї [4].

У відповідності до потреб нашого дослідження опитувальник QLQ-H&N35 був незначно видозмінений. З нього були виключені питання, які дублюються. Питання, присвячені порушенню статевої функції, також були виключені в зв'язку з невідповідністю частини хворих на них відповідати, що унеможливило подальший аналіз отриманих даних.

Питання опитувальника можна згрупувати наступним чином:

- біль та його інтенсивність;
- порушення приймання їжі;
- розвиток тризму;
- втрата властивостей слизової оболонки (виділення слини, передача смакових відчуттів та ін.);
- спілкування (перебування в суспільстві, публічне життя).

Відсутність повноцінного спілкування з людьми унеможливило соціальну адаптацію пацієнтів, які успішно перенесли комбіноване та комплексне лікування.

Після доопрацювання опитувальник представляв собою наступну таблицю.

Після проведення опитування одержані бали підсумовувались, отримували початковий рівень для подальшого порівняння якості життя.

Таблиця 1

Оцінка якості життя хворих на рак голови і шиї за опитувальником EORTC-QLQ-H&N35

Запитання	Бали			
	ні	дещо	значно	дуже
У Вас був біль у ротовій порожнині?	1	2	3	4
У Вас був біль у ділянці щелеп?	1	2	3	4
У Вас була болючість у ротовій порожнині?	1	2	3	4
У Вас був біль у горлі?	1	2	3	4
У Вас були проблеми з ковтанням рідини?	1	2	3	4
У Вас були проблеми з ковтанням протертої їжі?	1	2	3	4
У Вас були проблеми з ковтанням твердої їжі?	1	2	3	4
Ви давились при ковтанні?	1	2	3	4
У Вас були проблеми з зубами?	1	2	3	4
У Вас були проблеми з широким відкриттям рота?	1	2	3	4
У Вас була сухість у ротовій порожнині?	1	2	3	4
У Вас була в'язка слина?	1	2	3	4
У Вас були проблеми з відчуттям запаху?	1	2	3	4
У Вас були проблеми з відчуттям смаку?	1	2	3	4
Ви відчували себе хворим?	1	2	3	4
Вас турбував Ваш зовнішній вигляд?	1	2	3	4
У Вас були проблеми з їжею?	1	2	3	4
У Вас були проблеми з їжею в сім'ї?	1	2	3	4
У Вас були проблеми з їжею в присутності інших людей?	1	2	3	4
Вам було важко насолоджуватись їжею?	1	2	3	4
Вам було важко говорити з людьми?	1	2	3	4
Вам було важко говорити по телефону?	1	2	3	4
У Вас були труднощі в спілкуванні з членами сім'ї?	1	2	3	4
У Вас були труднощі в спілкуванні з друзями?	1	2	3	4
Запитання	Бали			
	ні	так		
Ви приймали знеболюючі засоби?	1	2		
Ви користувались шлунковим зондом?	1	2		
У Вас була втрата маси тіла?	1	2		

Всім 143 хворим, які ввійшли до даного дослідження, призначена хіміопроменева терапія. 68 пацієнтів дослідної групи отримували індукційну поліхіміотерапію за схемою TRF, яка включає в 1-й день доцетаксел у дозі 75 мг/м<sup>2</sup> або паклітаксел в дозі 200 мг/м<sup>2</sup>, на 2-й день цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> та 5-фторурацил 1000 мг/м<sup>2</sup> з 2-го по 5-й день [1, 7]. 75 осіб контрольної групи отримували лікування з використанням схеми внутрішньовенної поліхіміотерапії PF, яка включає введення цисплатину 100 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день та 5-фторурацилу 1000 мг/м<sup>2</sup> з 1-го по 4-й день [7].

Після завершення курсу хіміотерапії (з наступного робочого дня) призначалась променева терапія за розщепленою методикою: разова доза 2,0-2,4 Гр до СВД на первинну пухлину – 60 Гр (два етапи по 30 Гр) та зону метастазування в регіонарні лімфовузли – 40 Гр. Доза опромінення на неоперабельні метастатичні вузли ший збільшувалась з 40 до 60 Гр. Перед другим етапом опромінення проводився аналогічний першому курс поліхіміотерапії.

Під час виконання кожного етапу лікування здійснювалось повторне опитування з метою виявлення змін в якості життя хворих на РРП.

Зменшення суми балів, отриманих за опитувальником EORTC-QLQ-N&N35, щодо початкового рівня оцінювалось як покращання якості життя, а збільшення – як погіршення. Збільшення суми балів на 5-10 вважалось незначним, на 10-20 балів – помірним, а більше 20 балів – вираженим.

### Результати

Під час проведення хіміопроменевої терапії не відбувалось покращання якості життя хворих, але й погіршення було незначним та розвивалось помірно. Зміни якості життя посилювались від курсу до курсу лікування.

Результати оцінки якості життя хворих на РРП в процесі ХПТ представлені на рис. 1. На жаль, незважаючи навіть на зменшення розмірів пухлини та підвищений зв'язку з цим емоційний стан, жоден пацієнт не відмітив покращання якості життя під час проведення хіміо-променевої терапії. Незначне погіршення самопочуття за

рахунок болючості під час харчування, важкості при ковтанні, сухості в ротовій порожнині та в'язкості слини було під час першого етапу лікування у 24 (35,29%) та 26 (34,67%) хворих 1-ї та 2-ї груп, відповідно. Після другого етапу кількість пацієнтів з незначним погіршенням якості життя зменшилась – 20 (29,41%) та 22 (29,33%), відповідно, за рахунок збільшення кількості хворих з помірним та вираженим погіршенням (рис. 1).

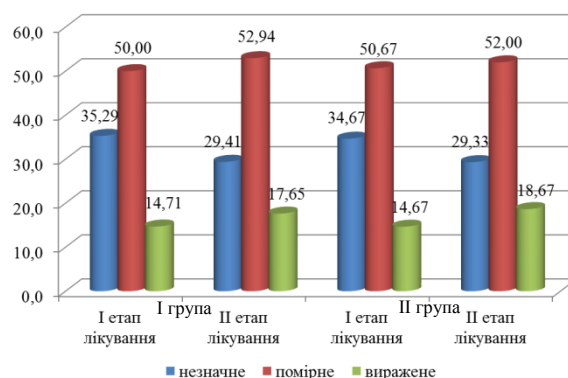


Рис. 1. Якість життя хворих основної та контрольної груп за опитувальником EORTC-QLQ-N&N35

Помірне погіршення якості життя під час першого етапу хіміо-променевої терапії спостерігалось у 34 (50,00%) хворих 1-ї групи та у 38 (50,67%) осіб 2-ї групи. Під час другого етапу відмічена більша кількість пацієнтів, які не дуже добре перенесли лікування – 36 (52,94%) та 39 (52,00%), відповідно. Основними скаргами було спотворення смаку та запаху їжі, виражені труднощі при ковтанні твердої їжі, тимчасові складнощі при ковтанні рідини, погіршення самопочуття. Доводилось пояснювати хворим, що ці зміни є тимчасовими, заспокоювати та рекомендувати продовжувати нормальне харчування відповідно до режиму дня, незважаючи на відсутність апетиту та нудоту, з метою запобігання втраті маси тіла та виснаження внутрішніх резервів організму.

Виражене погіршення якості життя було обумовлене інтенсивним больовим синдромом, потребою постійно приймати знеболюючі засоби, поганим самопочуттям.

Через тріщини в кутах рота, болючість слизової оболонки альвеолярних відростків та надмірну чутливість зубів хворі були неспроможні широко відкрити рот, почистити зуби. Порушення ковтання унеможливило приймання будь-якої їжі, а інколи й рідини, призводило до втрати маси тіла. Такі негативні побічні явища спостерігались після першого етапу у незначній кількості пацієнтів – 10 (14,71 %) та 11 (14,67 %), відповідно по групах. Кількість таких хворих трохи збільшилась під час проведення другого етапу – 12 (17,65 %) та 14 (18,67 %), відповідно.

Як видно з проаналізованих даних, додавання таксанів у схему поліхіміотерапії

не приводить до додаткового погіршення якості життя хворих на РРП.

Найбільш виражені зміни якості життя відбувались на фоні розвитку гематологічної токсичності. Виникали скарги на погіршення самопочуття, слабкість, болісність в ротовій порожнині, наявність нальоту на слизовій оболонці ротової порожнини, сухість в роті. Під час проведення хіміопроменевої терапії загальний аналіз крові виконувався не рідше, ніж раз на тиждень, при виявленні патологічних змін інтервал між забором аналізів скорочувався. Оцінка ступеня гематологічної токсичності виконувалась згідно з критеріями ВООЗ за шкалою токсичності Common Toxicity Criteria NCIC [2].

Таблиця 2

Шкала токсичності Common Toxicity Criteria NCIC, запропонована ВООЗ для оцінки токсичності хіміотерапії

Ступінь токсичності	Кількість лейкоцитів, $\times 10^9/\text{л}$	Кількість нейтрофілів, $\times 10^9/\text{л}$	Рівень гемоглобіну, г/л	Кількість тромбоцитів, $\times 10^9/\text{л}$
I	3,9-3,0	2,0-1,5	N – 100 г/л	75-99
II	2,9-2,0	1,5-1,0	100-80 г/л;	50-74
III	1,9-1,0	1,0-0,5	80-65 г/л;	25-49
IV	< 1,0	< 0,5	< 65 г/л	< 25

При оцінці показників загального аналізу крові виявлено, що застосовані в дослідженні схеми поліхіміотерапії визначаються низькою гематологічною токсичністю. У значної частини, а саме у 62 (43,36 %) – 32 (47,06 %) хворих 1-ї та у 30 (40,0 %) з 2-ї групи під час проведення хіміо-променевої терапії взагалі не було жодних відхилень від нормальних показників загального аналізу крові.

У 53 пацієнтів відмічено ізольоване порушення гемопоезу (тільки анемія або лейкопенія, або тільки тромбоцитопенія): у 22 (32,35 %) з 1-ї групи та у 31 (41,33 %) з 2-ї групи. Порушення відразу двох або трьох ростків гемопоезу відмічено лише у 14 (20,59 %) хворих 1-ї групи та у 14 (18,67 %) хворих – з 2-ї групи.

Частота виникнення гематологічних порушень була майже однакова в обох групах. На більшу увагу заслуговувало вивчення ступеня гематологічних порушень, тому

що саме вираженість відхилень показників загального аналізу крові є протипоказанням для продовження лікування і може стати причиною, через яку воно взагалі може бути призупинено.

Анемія I ступеня спостерігалась у 11 (16,18 %) пацієнтів 1-ї групи та у 13 (17,33 %) - з 2-ї групи. Дане порушення не потребувало змін у плані лікування і призначення додаткового лікування.

Анемія II та III ступеня спостерігалась у 1 (1,47 %) та ще у 1 (1,47 %) хворого 1-ї групи та у 7 (9,33 %) і 1 (1,33 %) – з 2-ї групи, відповідно. У їх лікування були додатково введені препарати заліза та дексаметазон.

Анемія IV ступеня спостерігалась лише у одного пацієнта 1-ї групи. У цього хворого на рак кореня язика зниження рівня гемоглобіну до 65 г/л під час проведення другого курсу хіміо-променевої терапії призвело до припинення променевої терапії на

СВД 55,4 Гр. Окрім цього пацієнта, нам вдалося провести хіміо-променеве лікування в запланованій дозі усім хворим на РРП завдяки своєчасній лабораторній діагностиці та призначенню терапії супроводу.

Більш виражені та клінічно значущі порушення були виявлені при аналізі рівня лейкоцитів периферичної крові у хворих на РРП під час проведення ХПТ. Лейкопенія I ступеня відмічена у 14 ( $20,59 \pm 4,90$ ) осіб 1-ї групи та у 15 ( $20,0 \pm 4,62$ ) – з 2-ї групи. Лікування цих пацієнтів не потребувало корекції, призначення додаткових препаратів. Частіше робились аналізи крові та корегувались порушення за рахунок дієти.

Лейкопенія II ступеня відмічена у 13 ( $19,12 \pm 4,77$ ) хворих 1-ї групи та у 4 ( $5,33 \pm 2,59$ ) – з 2-ї групи. Ця різниця вже мала клінічне значення, оскільки обумовлювала потребу в призначенні додатково гормонів (дексаметазон – 4 мг 1 раз на дві доби) та частішого моніторингу показників загального аналізу крові, але не призводила до відміни лікування та подовження строків госпіталізації.

Лейкопенія III ступеня виявлена у 3 ( $4,41 \pm 2,49$ ) обстежених 1-ї групи та у 5 ( $6,67 \pm 2,88$ ) – з 2-ї групи. Лейкопенія IV ступеня мала місце у 2 ( $2,94 \pm 2,05$ ) осіб 1-ї групи та у 2 ( $2,67 \pm 1,86$ ) – з 2-ї групи. Слід зауважити, що виявлення лейкопенії III та IV ступеня, як правило, відбувалось на фоні анемії та/або тромбоцитопенії. Тому відразу припинялась променева терапія та призначались колонієстимулюючі препарати, гормони та препарати заліза.

Подальше лікування цих хворих відбувалось після нормалізації показників крові. У разі відновлення рівня лейкоцитів в строк від 3 тижнів подальше лікування починалось з хіміотерапії, а потім поновлювалось опромінення як другий етап.

Ізольована тромбоцитопенія спостерігалась у 4 хворих 2-ї групи, що не мало клінічного значення.

Виявлені відмінності частоти виникнення гематологічних ускладнень в дослідній та контрольній групах не мали суттєвого клінічного значення. Додавання таксанів у схему протипухлинної терапії на основі препаратів групи платини та 5-фторурацилу не посилює гематологічну токсичність ХПТ, не подовжує строки та не призводить до передчасної відміни лікування.

### **Висновки:**

1. Проведення індукційної поліхіміотерапії з використанням схем PF та TPF, променевої терапії за розщепленою методикою до сумарної осередкової дози 60 Гр не призводить до суттєвого погіршення якості життя хворих на рак ротової порожнини.

2. Включення таксанів до схеми комбінованого лікування хворих на РРП не призводить до додаткового погіршення якості життя.

3. Додавання таксанів до схеми комбінованого лікування хворих на РРП призводить до частішого виникнення лейкопеній, обумовлюючи необхідність більш ретельного гематологічного контролю та призначення додаткового лікування.

### **Література**

1. Ковтун В.А. Длительная инфузия доцетаксела (Таксотера) в полихимиотерапии 2-й линии у больных с прогрессирующими солидными опухолями / В.А. Ковтун, К.В. Гаевой, В.В. Севидов // Онкология. – 2006. – Т. 8, № 3. – С. 285-286.
2. Крячок И.А. Оценка гематологической токсичности химиотерапии по схеме FАС у больных со злокачественными опухолями грудной железы / И.А. Крячок, Л.А. Сивак, Е.М. Алексик [и др.] // Клиническая онкология. – 2012. – № 7, Т.3. – С. 1-5.
3. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 р. № 645 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 17.09.2007 № 554 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія». Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100730\\_645.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100730_645.html).
4. Рябошапка А.М. Дослідження якості життя пацієнтів з місцево поширеними карциномами порожнини рота, асоційованими з вірусом папіломи людини / А.М. Рябошапка, О.О. Ковальов // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 1. – С. 65-71.

5. Сикорский Д.В. Изучение качества жизни в лечении местно-распространенного и рецидивного орофарингеального рака. Современное состояние проблемы / Д.В. Сикорский, С.О. Подвизников // Опухоли головы и шеи. – 2015. – № 2. – С. 35-38.
6. Федоренко З.П. Рак в Україні 2013–2014. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби: Бюлетень Національного канцер-реєстру України / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, [та ін.] / За ред. д-р мед. наук О.О. Колеснік. – Київ, 2015. – № 16. – 106 с.
7. Dougherty L. Handbook of systemic treatment for cancer 8th edition / L. Dougherty, A. McWhirter, P. Jones // Lilly Oncology. – 2014. – 177 p.
8. Feller L. Oral Squamous Cell Carcinoma: Epidemiology, Clinical Presentation and Treatment / L. Feller, J. Lemmer // J. Cancer Therapy. – 2012. – V. 3. – P. 263–268.

## References

1. Feller L, Lemmer J. Oral Squamous Cell Carcinoma: Epidemiology, Clinical Presentation and Treatment. Journal of Cancer Therapy. 2012;(3):263–8.
2. Fedorenko ZP, Goulak LO, Gorokh YL. Cancer in Ukraine 2013-2014. Incidence, mortality, activities of oncological service. Bulletin of National cancer registry of Ukraine. 2015;(16):106 p. Ukrainian.
3. Ryaboshapka AM, Kovalev OO. Study of quality of life in patients with locally oralcarcinoma, associated with human papillomavirus. Suchasni medychni tehnologii'. 2013;(1):65–71. Ukrainian.
4. Sikorsky DV, Podvyaznikov SO. Investigation of quality of life in the treatment of locally advanced and recurrent oropharyngeal cancer: State-of the-art. Opukholi golovy i shei. 2015;(2):35-8. Russian.
5. Kovtun VA, Gayevoy KV, Sevidov VV. Long-term infusion of docetaxel (Taxotere) during 2nd line polychemotherapy in patients with progressive solid tumors. Onkologiya. 2006;8(3):285–6. Russian.
6. Dougherty L, McWhirter A, Jones P. Handbook of systemic treatment for cancer 8th edition. Lilly Oncology. 2014. 177 p.
7. MOH Ukraine of 30.07.2010 p. № 645 "On Amendments to the Order of the Ministry of Health of Ukraine of 17.09.2007 № 554" On approval of the protocols of care, specialty "oncology". Available at [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100730\\_645.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100730_645.html). Ukrainian.
8. Kriachok IA, Sivak LA, Aleksik EM, Gubareva AA, Majdanevich NN, Philonenko ES, Ljalkin SA, Klimanov MJ, Askolskij AV. Assessment of hematologic toxicity of standard FAC chemotherapy in patients with malignant breast tumors. Klinicheskaia onkologiya. 2012;7(3):1–5. Russian.

Надійшла до редакції 06.11.15.

© Є.В. Коробко, В.С. Процик, 2015

## ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

*Коробко Е.В., Процик В.С. (Киев)*

### *Аннотация*

Рак ротовой полости остается актуальной проблемой современной онкологии. 47,3 % больных обращаются за медицинской помощью с III-IV стадией опухолевого процесса. Лечение больных местно распространенным раком полости рта должно быть комплексным. Исследователями изучена эффективность различных вариантов проведения комбинированного лечения рака полости рта, а вот влияние его на качество жизни больных изучено недостаточно.

**Цель данной работы** – исследовать качество жизни больных раком полости рта и оценить влияние на него индукционной химиотерапии и лучевой терапии.

**Материалы и методы:** проведено лечение 143 больных раком полости рта. 68 пациентов исследуемой группы получали индукционную полихимиотерапию по схеме TPF, которая включает в 1-й день доцетаксел в дозе 75 мг/м<sup>2</sup> или паклитаксел в дозе 200 мг/м<sup>2</sup>, на 2-й день – цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> и 5 фторурацил 1000 мг/м<sup>2</sup> со 2-го по 5-й день. 75 больных контрольной группы получали лечение с использованием схемы внутривенной полихимиотерапии PF, состоящей из введения цисплатина 100 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день и

5-фторурацила 1000 мг/м<sup>2</sup> с 1-го по 4-й день. После окончания химиотерапии проводилась лучевая терапия по расщепленной методике до СОД 60 Гр (два этапа по 30 Гр). Перед проведением второго этапа лучевой терапии выполнялся второй, аналогичный первому, курс ПХТ.

Оценка качества жизни больных осуществлялась до начала лечения и во время первого и второго курсов лечения с помощью опросника EORTC-QLQ-H&N35, для оценки гематологической токсичности использовались критерии ВОЗ по шкале токсичности Common Toxicity Criteria NCIC.

**Результаты:**

Во время проведения химиолучевой терапии не отмечено улучшения качества жизни ни у одного пациента. Увеличение количества больных с умеренным и выраженным ухудшением качества жизни постепенно от курса к курсу. Не обнаружено достоверных отличий степени ухудшения качества жизни в зависимости от схемы проводимой индукционной химиотерапии. Отмечено, что наиболее выраженное ухудшение качества жизни происходило на фоне гематологических нарушений. Проведен анализ гематологической токсичности индукционной химиотерапии и лучевой терапии. Выявлено, что предложенные схемы лечения обладают нерезко выраженной гематологической токсичностью. У 43,36 % больных не было обнаружено никаких отклонений в общем анализе крови на протяжении всего лечения (47,06 % – 1-я группа и 40,0 % – 2-я группа). Изолированное нарушение одного ростка гемопоэза отмечено у 32,35 % и 41,33 % пациентов, соответственно. Нарушение сразу двух или трех ростков гемопоэза отмечено у 20,59 % больных 1-й группы и у 18,67 % – из 2-й группы. Проведенный анализ степени гематологических нарушений также не продемонстрировал достоверных отличий между проводимыми схемами ПХТ.

**Выводы.** Проведение индукционной полихимиотерапии с использованием схем PF и TPF, лучевой терапии по расщепленной методике до суммарной очаговой дозы 60 Гр не приводит к существенному ухудшению качества жизни больных раком ротовой полости. Включение таксанов в схему комбинированного лечения пациентов с РРП не приводит к дополнительному ухудшению качества жизни. Добавление таксанов в схему комбинированного их лечения вызывает более частое возникновение лейкопений, обуславливая необходимость более тщательного гематологического контроля и назначения дополнительного лечения.

**Ключевые слова:** рак полости рта, качество жизни, индукционная химиотерапия, лучевая терапия.

## QUALITY OF LIFE CHANGES IN THE ORAL CANCER PATIENTS UNDER THE INFLUENCE OF INDUCTION CHEMOTHERAPY AND RADIATION THERAPY

*Korobko Y.V., Protsyk V.S.*

*National Cancer Institute Ministry of Health of Ukraine; e-mail: dr\_korobko@ukr.net*

### *Abstract*

Oral cancer is still actual problem of modern oncology. 47,3% of patients seek health care with stage III-IV. The researchers studied the effectiveness of various options of the combined oral cancer treatment, but its effect on the quality of life of patients has not been sufficiently studied.

**Aim.** To investigate the quality of life of oral cancer patients and to evaluate the influence of induction chemotherapy and radiotherapy on it.

**Materials and Methods.** 143 patients with oral cancer were included in the study. 68 patients of the study group received induction chemotherapy scheme TPF, which includes a one-day docetaxel 75 mg/m<sup>2</sup> and paclitaxel at a dose of 200 mg/m<sup>2</sup>, on the 2nd day of cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> and 5 fluorouracil 1000 mg/m<sup>2</sup> from the 2<sup>nd</sup> to the 5<sup>th</sup> day. 75 patients of the control group were treated with intravenous chemotherapy PF scheme, which comprises administering cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> on day 1 and 5-fluorouracil 1000 mg/m<sup>2</sup> from the 1st to 4<sup>th</sup> day. After completion of chemotherapy radiation therapy for the split method to 60 Gy (two stages to 30 Gy) was initiated. Before carrying out the second phase of radiotherapy, a second, similar to the first, course of chemotherapy was administered.

Assessment of the quality of life of patients was performed before treatment and during the first and second courses of treatment with the help of the questionnaire EORTC-QLQ-H & N35, to assess hematological toxicity we used toxicity scale recommended WHO Common Toxicity Criteria NCIC.

**Results.** Improving the quality of life was not marked by a single patient during chemoradiotherapy. The number of patients with moderate and severe deterioration in the quality of life increased gradually from course to course. No significant difference of degree of deterioration of quality of life has been detected depending on the circuit carried induction chemotherapy. It is noted that the most pronounced deterioration in the quality of life occurred on the background of hematological disorders. The analysis of hematological toxicity of induction chemotherapy and radiotherapy was performed. In 43,36% of patients we did not reveal any abnormalities in the

blood count throughout treatment (47,06% Group I and 40,0% II group). Isolated violation of one hematopoiesis lineage was observed in 32,35% and 41,33% of patients, respectively. Violation of two or three hematopoiesis lineages was observed in 20,59% of patients of the first group and 18,67% of the patients of the second group. The analysis of the degree of hematologic disorders also did not show significant differences between the schemes of chemotherapy.

**Conclusions:** Carrying out induction chemotherapy using schemes PF and TPF, radiotherapy on split technique to a total focal dose 60 Gy did not lead to significant deterioration of the quality of life of oral cancer patients. Adding taxanes to combined treatment of oral cancer do not cause to additional deterioration in the quality of life. The additional appointment of taxanes to the scheme of combined treatment of oral cancer patients leads to more frequent occurrence of leukopenia, necessitating more careful hematological monitoring and appointment of additional treatment.

**Key words:** oral cancer, quality of life, induction chemotherapy, radiotherapy.