

А. М. Рябошапка, О. О. Ковальов

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З МІСЦЕВО ПОШИРЕНИМИ КАРЦИНОМАМИ ПОРОЖНИНИ РОТА, АСОЦІЙОВАНИМИ З ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ

Досліджено якість життя хворих з місцево поширеними карциномами ротової порожнини і ротоглотки: у 60 пацієнтів з ВПЛ-позитивними пухлинами і у 68 пацієнтів з ВПЛ-негативними пухлинами – до початку лікування та після завершення етапу променевої терапії за допомогою опитувальника QLQ-C30 з модулем QLQ-H&N35. Показники якості життя пацієнтів з ВПЛ-позитивними і ВПЛ-негативними плоскоклітинними карциномами ротової порожнини і ротоглотки до початку лікування суттєво не відрізняються. Променева терапія з попередньою індукційною хіміотерапією призводять до значного погіршення якості життя пацієнтів незалежно від наявності ВПЛ в пухлинах, більше виражене у пацієнтів з ВПЛ-негативними пухлинами. Застосування Інтерферону $\alpha 2b$ на етапі променевої терапії збільшує рівень об'єктивних відповідей на лікування і покращує загальну виживаність у пацієнтів з місцево поширеним плоскоклітинним раком ротової порожнини і ротоглотки, асоційованим з ВПЛ, без суттєвого впливу на якість життя пацієнтів.

Ключові слова: якість життя, рак ротової порожнини, рак ротоглотки, вірус папіломи людини

В Україні захворюваність на рак ротової порожнини і глотки становить 10,01 на 100 тис. населення, а смертність до 1 року досягає 42,5% (при раку глотки) і 43,8% (при раку порожнини рота) [4]. У світі захворюваність на рак ротової порожнини і ротоглотки посідає шосте місце, а загальне п'ятирічне виживання для цієї патології не перевищує 50%. Більше 60% пацієнтів при первинній діагностиці мають місцево-поширений процес – III і IV стадії захворювання [19]. До основних етіологічних чинників раку орофарингеальної зони відносять вживання тютюну, жувальних сумішей на основі бетелю, міцних алкогольних напоїв [16] а також вірус папіломи людини (ВПЛ) [7]. Найчастіше у пацієнтів хворих на рак порожнини рота і ротоглотки виявляються 16 та 18 тип ВПЛ [12, 11].

Пацієнти, хворі на місцево поширений рак ротової порожнини і ротоглотки підлягають комбінованому або комплексному лікуванню із застосуванням хіміотерапії, променевої терапії (ПТ) з або без хірургічної операції [3, 10, 13]. Результати стандартного лікування цієї групи пацієнтів на теперішній час залишаються незадовільними [10].

Протягом останнього часу досліджено участь інтерферону (ІФН) в канцерогенезі і обґрунтовано його застосування у лікуванні плоскоклітинного раку голови та шиї [1, 2, 15]. При одночасному застосуванні ІФН і ПТ адитивний ефект досягається за рахунок посилення апоптозу ушкоджених радіацією пухлинних клітин і реа-

лізації радіопротекторної дії ІФН на неушкоджені нормальні клітини [1].

Пухлини ротової порожнини і ротоглотки завдяки своїй локалізації можуть порушувати роботу багатьох анатомічних структур, які беруть участь у здійсненні важливих фізіологічних і соціальних функцій. Крім того, подібний ефект спостерігається як наслідок протипухлинного лікування. Серед факторів, що безпосередньо впливають на якість життя, виділяють біль, дисфагію, ксеростомію, порушення смакових відчуттів і артикуляції, необхідність дотримуватися спеціальної дієти, косметичні дефекти, які ведуть до порушення соціальної адаптації і депресії. Вказані фактори спричиняють значний негативний вплив на якість життя пацієнтів [6, 18]. Як наявність ВПЛ у пухлині, так і якість життя пацієнтів впливають на індивідуалізацію лікування [14], однак серед доступних джерел зустрічаються лише поодинокі публікації присвячені дослідженню якості життя пацієнтів з ВПЛ-асоційованим раком ротової порожнини і ротоглотки [17].

Метою роботи було дослідження якості життя пацієнтів з ВПЛ-асоційованими пухлинами ротової порожнини і ротоглотки та її змін під впливом лікування.

Об'єкт і методи дослідження

У дослідження було включено 128 пацієнтів віком від 34 до 68 років (середній вік $56,6 \pm 17,1$

років (95 % довірчий інтервал, ДІ)) з місцево поширеним (T3-4N1-2M0) плоскоклітинним раком ротової порожнини (63 пацієнта) і ротоглотки (65 пацієнтів), які отримували лікування у Комунальному закладі «Запорізький обласний клінічний онкологічний диспансер» Запорізької обласної ради з 2008 по 2011 рік.

Для виявлення ВПЛ у пухлинах ротової порожнини і ротоглотки застосовувався комплекс діагностичних тестів, що включав визначення ДНК ВПЛ 16/18 типів за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на цитологічному матеріалі з пухлин та/або імуногістохімічне визначення вірусного білка Е6 ВПЛ 16/18 типів і сурогатного маркера ВПЛ – білка p16.

Всі пацієнти отримували комбіноване та комплексне лікування. На першому етапі проводилася індукційна хіміотерапія. На другому етапі проводили курс гамма-опромінення на ділянки первинного осередку та регіонарних лімфатичних колекторів з підведенням СОД 60–70 Гр. Пацієнтів було розподілено на дві групи: до першої (основної) групи увійшли пацієнти з ВПЛ-позитивними пухлинами, до другої (контрольної) – з ВПЛ-негативними пухлинами. У кожній групі виділено дві підгрупи: одна підгрупа складалася з пацієнтів, які під час проведення ПТ отримували ін'єкції рекомбінантного ІФН $\alpha 2b$ (по 3 млн. од. 1 раз на день 3 рази на тиждень, 12 ін'єкцій на курс); інша підгрупа складалася з пацієнтів, які під час проведення ПТ не отримували ІФН. Безпосередній ефект від лікування оцінювався після закінчення етапу променевої терапії згідно RECIST (критерії відповіді солідних пухлин) [8].

Для оцінки якості життя (ЯЖ) використовували опитувальники QLQ-C30 (версія 3.0) з модулем оцінки ЯЖ у пацієнтів з раком голови та шиї – QLQ-H&N35 [5]. Застосовано 15 шкал оригінального QLQ-C30, з них 5 шкал функціонального стану і 9 шкал симптомів, 1 шкала загального стану здоров'я і власне якості життя. Із QLQ-H&N35 застосовано 18 шкал оцінки клінічних проявів. Показники всіх шкал вираховували за методиками, описаними в EORTC Scoring Manual; після лінійного перетворення ці показники перебували в межах від 0 до 100 балів [9]. Вищі показники для функціональних шкал і загального стану здоров'я та власне якості життя вказували на вищий рівень функціональної адаптації і кращий загальний стан здоров'я та якості життя. На відміну від цього, вищі показники шкал симптомів вказували на більшу вираженість клінічних проявів. ЯЖ оцінювали двічі: перший раз до початку лікування, другий раз – через 3–4 тижні після закінчення променевої терапії. Підраховували сумарні бали фактичних показників та їх змін по кожній шкалі адаптації. Зміни показників до і після лікування в межах однієї групи порівнювали із застосуванням не-

параметричного критерію Уїлкоксона. Непараметричний аналіз за Манном-Уїтні (U-критерій) використовували для порівняння кількісних показників (з розподілом відмінним від нормального) і якісних порядкових показників. Оцінку достовірності різниці між групами проводили за допомогою точного двобічного теста Фішера. У всіх випадках показники вважали статистично значимими, якщо рівень значимості був менше 0,05 ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення

За результатами ПЛР-діагностики та імуногістохімічних досліджень зразки 46,9% пухлин виявилися позитивними на ВПЛ, а зразки 53,1% – негативними.

Сумарний рівень об'єктивних відповідей на лікування склав 81,7% (49 пацієнтів) у основній групі і 57,4% (39 пацієнтів) у контрольній, при рівні повних відповідей 40,0% і 22,1% відповідно ($p = 0,004$).

У підгрупі ПТ з ІФН у пацієнтів з ВПЛ-позитивними пухлинами було отримано 35,5% часткових відповідей і 48,4% повних відповідей, а в такій же підгрупі у пацієнтів з ВПЛ-негативними пухлинами – 32,4% часткових відповідей і 26,5% повних відповідей, при частоті стабілізації в 16,1% і 41,2% випадків відповідно, $p = 0,036$ (рис. 1).

Значне зростання рівня об'єктивних відповідей у основній групі відбулося, очевидно, у результаті додавання до лікування пацієнтів імунотерапії Інтерфероном $\alpha 2b$ на етапі променевої терапії.

Медіана загальної виживаності для пацієнтів основної групи склала 17 міс., контрольної – 9 міс. ($p < 0,001$). Різниця між групами була зумовлена переважно показниками підгруп ПТ з ІФН (медіана виживаності 17 міс. у пацієнтів з ВПЛ-позитивними пухлинами проти 9 міс. у пацієнтів з ВПЛ-негативними пухлинами, $p = 0,001$) (рис. 2).

До початку лікування не було виявлено статистично значимих відмінностей у показниках якості життя між пацієнтами основної і контрольної груп (табл. 1).

До початку лікування (рис. 3) за підгрупами (ПТ проти ПТ+ІФН) в межах основної групи виявив кращі показники функціональної адаптації, загального стану здоров'я і, одночасно, більшої вираженості симптомів захворювання у пацієнтів підгрупи тільки ПТ (відповідно $p = 0,043$, $0,020$ і $0,001$). У контрольній групі пацієнти, які мали отримувати тільки ПТ, також достовірно відрізнялися кращими показниками функціональної адаптації ($p = 0,008$) та більшою вираженістю клінічних проявів за QLQ-H&N35 ($p = 0,001$).

Після закінчення етапу променевої терапії

і в основній, і в контрольній групі всі показники ЯЖ значно погіршилися – зменшилися показники функціональної адаптації і загального стану здоров'я, збільшилася вираженість симптомів захворювання за шкалами як QLQ-C30 так і QLQ-H&N35 (табл. 2). При порівняльному аналізі з'ясувалося, що ступінь погіршення показників був вираженішим у пацієнтів з ВПЛ-негативними пухлинами, а пацієнти основної групи (з ВПЛ-позитивними пухлинами), загалом мали значно кращі показники ЯЖ (для всіх груп показників $p < 0,001$).

Після завершення етапу променевого лікування, пацієнти з ВПЛ-позитивними пухлинами, які отримували лише ПТ мали значно більшу вираженість симптомів захворювання (за опитуванням QLQ-H&N35) ніж пацієнти підгрупи ПТ з ІФН, незважаючи на кращі показники загального стану здоров'я. Таке співвідношення збереглося без змін порівняно з початковим (до лікування) станом. Подібне явище спостерігалося і щодо самооцінки загального стану здоров'я пацієнтами основної групи: кращі показники мали пацієнти у підгрупі тільки ПТ як до початку лікування, так і після завершення етапу ПТ.

Пацієнти з ВПЛ-негативними пухлинами, які отримували ПТ з ІФН, після завершення етапу лікування мали суттєво нижчі показники функціональної адаптації (характер співвідношення не змінився порівняно з початковим) і більшу вираженість симптомів захворювання (за QLQ-C30) порівняно з пацієнтами підгрупи тільки ПТ (вказане співвідношення до початку лікування було прямо протилежним – більша вираженість проявів хвороби відмічалася у пацієнтів підгрупи тільки ПТ), рисунок 4.

Серед пацієнтів з ВПЛ-позитивними пухлинами, у підгрупі тільки ПТ, виявлено статистично значиме зниження показників функціональної адаптації і збільшення вираженості симптомів захворювання (за QLQ-H&N35) після завершення етапу променевої терапії, порівняно з показниками до початку лікування. У пацієнтів підгрупи ПТ з ІФН виявлено статистично значиме погіршення за всіма групами показників якості життя після закінчення етапу променевого лікування: показники функціональної адаптації знизилися з 88,9 балів (95% ДІ 86,7–88,9) до 84,4 балів (95% ДІ 83,5–88,9); збільшилася вираженість симптомів захворювання за QLQ-C30 і QLQ-H&N35 – від-

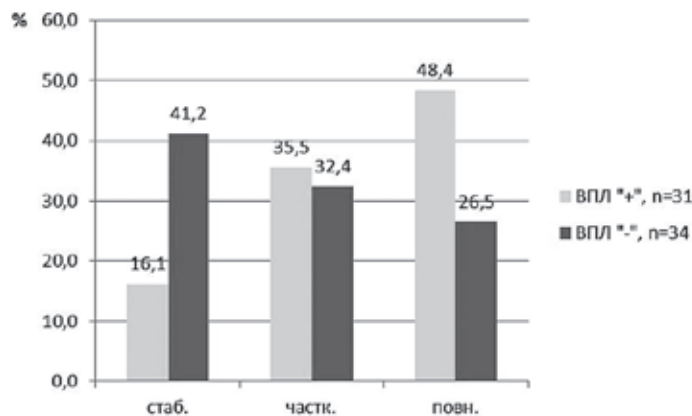


Рис. 1. Рівень об'єктивних відповідей на лікування у підгрупах ПТ+ІФН пацієнтів з ВПЛ-позитивними і ВПЛ-негативними пухлинами, %

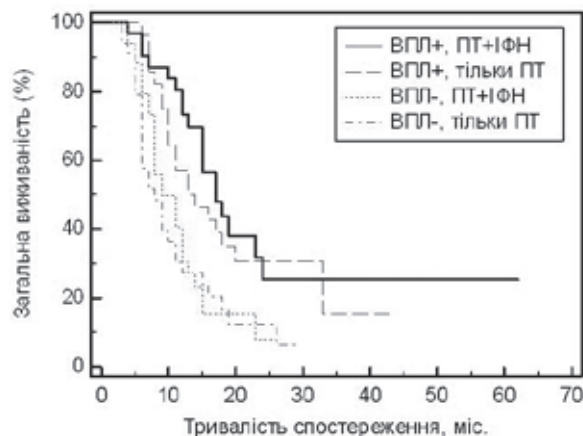


Рис. 2. Загальна виживаність пацієнтів за підгрупами дослідження

Таблиця 1

Показники якості життя за QLQ-C30 і QLQ-H&N35 (бали)
по групам пацієнтів до початку лікування

Показники	Основна група (n=60)		Контрольна група (n=68)		p
	медіана	95% ДІ	медіана	95% ДІ	
QLQ-C30					
функціональної адаптації	88,9	86,7–89,0	91,1	86,7–95,6	0,682
клінічних проявів	17,9	12,8–17,9	20,5	15,4–23,1	0,286
загального стану здоров'я	50,0	50,0–66,7	50,0	50,0–59,2	0,514
QLQ-H&N35					
клінічних проявів	15,6	12,8–22,9	22,2	14,5–28,9	0,502

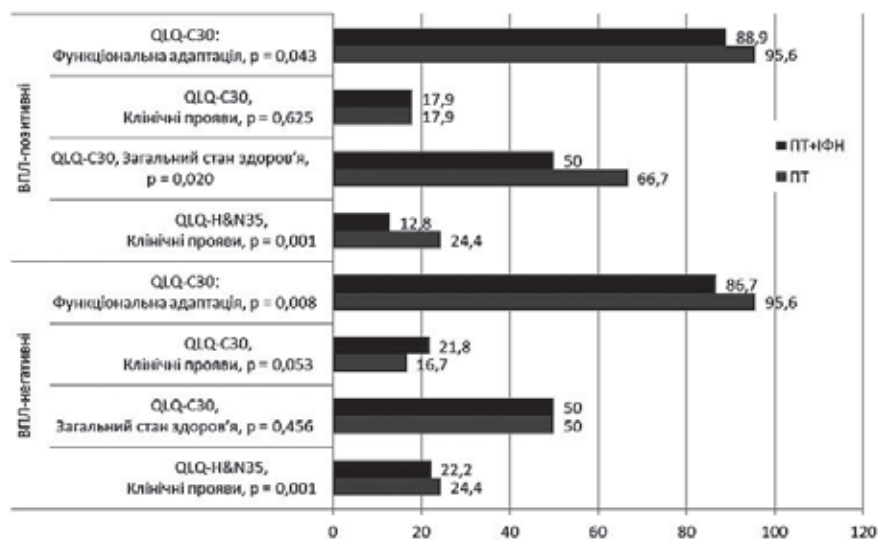


Рис. 3. Відмінності у якості життя між підгрупами пацієнтів за показниками анкет QLQ-C30 та QLQ-H&N35 до початку лікування (медіани, бали)

повідно з 17,9 балів (95% ДІ 12,8–17,9) до 20,5 балів (95% ДІ 12,8–23,1) і з 12,8 балів (95% ДІ 9,0–22,2) до 33,3 балів (95% ДІ 26,7–35,6); медіана показників загального стану здоров'я і власне ЯЖ не змінилася (рис. 5).

Після завершення етапу променевої терапії у підгрупі пацієнтів з ВПЛ-негативними пухлинами, які отримували тільки ПТ, виявлено статистично значиме зниження показників функціональної адаптації і загального стану здоров'я, збільшення вираженості симптомів захворювання порівняно з показниками до початку лікування (рис. 6). Серед пацієнтів з ВПЛ-негативними пухлинами підгрупи ПТ з ІФН виявлено статистично значиме погіршення за всіма групами показників якості життя після закінчення етапу променевого лікування: показники функціональної адаптації знизилися з 86,7 балів (95% ДІ 80,3–91,1) до 73,3 балів (95% ДІ 71,1–75,6); збільшилася вираженість симптомів захворювання за QLQ-C30 і QLQ-H&N35 – відповідно з 21,8 балів (95% ДІ 17,9–26,1) до 30,8 балів (95%

ДІ 28,2–35,9) і з 22,2 балів (95% ДІ 10,6–23,4) до 68,9 балів (95% ДІ 67,8–77,9); показники загального стану здоров'я і власне ЯЖ знизилися з 50,0 балів (95% ДІ 33,3–66,7) до 33,3 балів (95% ДІ 33,3–41,7).

Як засвідчив проведений аналіз, показники ЯЖ у обох групах значно погіршилися. Таке зниження ЯЖ було очікуваним і очевидно пов'язане з побічними ефектами і наслідками проведеного лікування. Заслужує на увагу те, що у групі пацієнтів з ВПЛ-позитивними пухлинами після завершення етапу променевого лікування не було виявлено суттєвих відмінностей показників якості життя між підгрупами тільки ПТ і ПТ з ІФН, у той час як у пацієнтів з ВПЛ-негативними пухлинами погіршення показників якості життя було значно вираженішим у підгрупі ПТ+ІФН ніж у підгрупі тільки ПТ (відмінності у вираженості симптомів захворювання за QLQ-H&N35 і показників загального стану здоров'я в основній групі не бралися до уваги, оскільки їх співвідношення суттєво не змінилося порівняно з почат-

Таблиця 2

Показники якості життя за QLQ-C30 і QLQ-H&N35 (бали)
по групах пацієнтів після закінчення етапу променевого лікування

Показники	Основна група (n=60)		Контрольна група (n=68)		p
	медіана	95% ДІ	медіана	95% ДІ	
QLQ-C30					
функціональної адаптації	85,6	82,2–86,7	75,6	71,1–77,8	<0,001
клінічних проявів	20,5	15,4–23,1	28,2	28,2–35,9	<0,001
загального стану здоров'я	50,0	50,0–50,0	41,7	33,3–41,7	<0,001
QLQ-H&N35					
клінічних проявів	35,6	35,6–42,2	68,9	62,2–76,7	<0,001

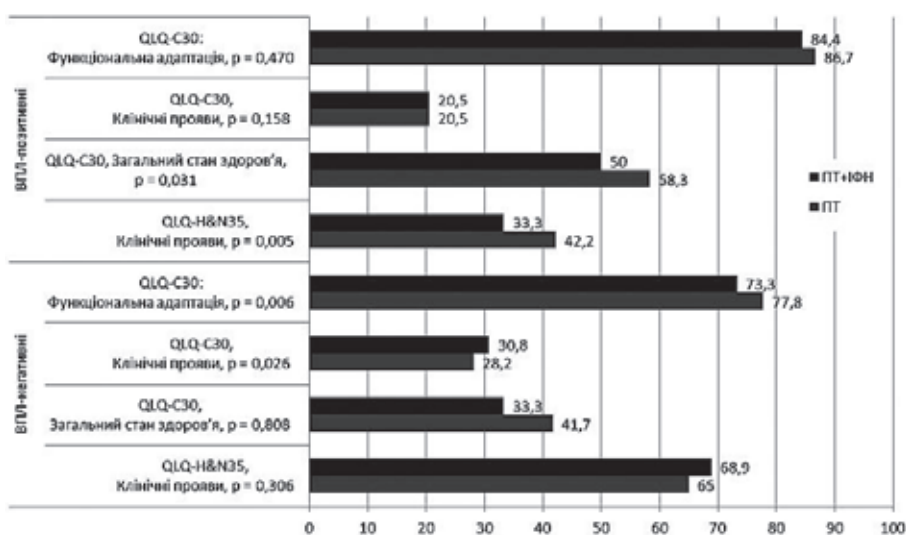


Рис. 4. Відмінності між підгрупами пацієнтів за показниками анкет QLQ-C30 та QLQ-H&N35 (медіани, бали) після закінчення етапу променевого лікування

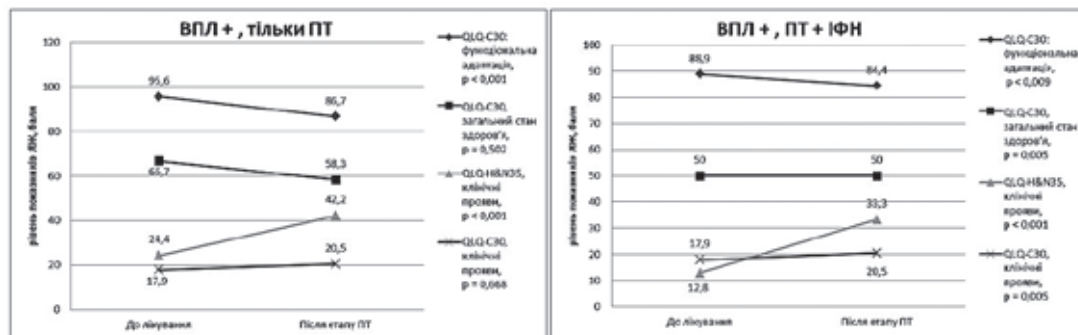


Рис. 5. Динаміка показників якості життя у підгрупах пацієнтів з ВПЛ-позитивними пухлинами в процесі лікування (медіани, бали)

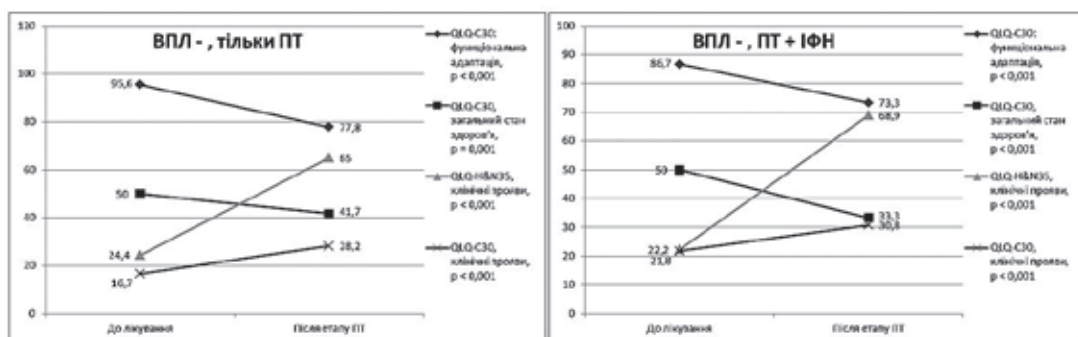


Рис. 6. Динаміка показників якості життя у підгрупах пацієнтів з ВПЛ-негативними пухлинами в процесі лікування (медіани, бали)

ковим станом). Застосування ІФН у пацієнтів без наявності ВПЛ в пухлині призвело до значимого зниження показників ЯЖ, порівняно з пацієнтами цієї ж групи, які не отримували ІФН. Потрібно також враховувати, що у пацієнтів з ВПЛ-негативними пухлинами застосування ІФН з ПТ не призвело до статистично значимого збільшення об'єктивних відповідей на лікування і не збільшило загальну виживаність порівняно зі стандартним лікуванням. Таким чином, призначення ІФН під час етапу ПТ доцільно лише в групі пацієнтів з ВПЛ-позитивними пухлинами, зважаючи на те, що у цих пацієнтів таке лікування збільшує частоту об'єктивних відповідей на лікування і подовжує загальне виживання, не впливаючи при цьому на ЯЖ пацієнтів.

Висновки

1. Місцево поширений рак ротової порожнини і ротоглотки у 46,9% випадків асоційований з ВПЛ 16 та 18 типів.

2. Показники якості життя пацієнтів з ВПЛ-позитивними і ВПЛ-негативними плоскоклітинними карциномами ротової порожнини і ротоглотки до початку лікування суттєво не відрізняються.

3. Променева терапія з попередньою індукційною хіміотерапією призводять до значного погіршення якості життя пацієнтів з карциномами ротової порожнини і ротоглотки незалежно від наявності ВПЛ в пухлинах, однак пацієнти з ВПЛ-позитивними пухлинами після закінчення променевого етапу мають кращі показники якості життя ніж пацієнти з ВПЛ-негативними пухлинами.

4. Застосування Інтерферону $\alpha 2b$ на етапі променевої терапії дозволяє достовірно збільшити рівень об'єктивних відповідей на лікування і покращити загальну виживаність у пацієнтів з місцево поширеним плоскоклітинним раком ротової порожнини і ротоглотки, асоційованим з ВПЛ, без суттєвого впливу на якість життя пацієнтів порівняно зі стандартним лікуванням.

Список літератури

1. Воронцова А. Л. Интерферон как важный элемент оптимизации лечения онкологических больных / А. Л. Воронцова, Ю. И. Кудрявец // Онкология. – 2000. – Т. 2, № 1–2. – С. 16–20.
2. Жильчук В. Е. Интерферонотерапия в комплексном лечении больных раком молочной железы: анти-метастатический эффект и модификация фенотипа опухолевых клеток / В. Е. Жильчук, Н. Ю. Лукьянова, А. Л. Воронцова, Ю. И. Кудрявец, В. Ф. Чехун // Онкология. – 2007. – Т. 9, № 3. – С. 184–188.
3. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи / Пачес А. И. – Москва: Медицина, 2000. – 480 с.
4. Рак в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл нац канцер-реєстру України 2012; 13: 31–34.
5. Bjordal K et al. A 12 Country Field Study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the Head and Neck Cancer Specific Module (EORTC QLQ-H&N35) in Head and Neck Patients. Eur J Cancer 2000; 36: 1796–1807.
6. Campbell BH, Marbella A, Layde PM. Quality of life and recurrence concern in survivors of head and neck cancer. Laryngoscope 2000; 110: 895–906.
7. Chaudhary AK, Singh M, Sundaram S, Mehrotra R. Role of human papillomavirus and its detection in potentially malignant and malignant head and neck lesions: updated review. Head Neck Oncol 2009; 1 (1): 22–33.
8. Eisenhauer E. A., Therasse P., Bogaerts J. et al. New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1) // European Journal of Cancer 2009; 45: 228–247.
9. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, et al., on behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001.
10. Hauswald H, Simon C, Hecht S, et al. Long-term outcome and patterns of failure in patients with advanced head and neck cancer. Radiation Oncology 2011; 6: 70–77.
11. Kreimer AR, Clifford GM, Boyle P, Franceschi S. Human Papillomavirus Types in Head and Neck Squamous Cell Carcinomas Worldwide: A Systematic Review. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005; 14: 467–475.
12. Marur S, D'Souza G, Westra W, Forastiere A. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. Lancet Oncol 2010; 11: 781–89.
13. NCCN (National Comprehensive Cancer Network) NCCN Practice Guidelines in Oncology. Head and Neck Cancers. v.2.2011 [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
14. Ramqvist T, Dalianis T. Oropharyngeal Cancer Epidemic and Human Papillomavirus, Emerg Infect Dis. 2010; 16 (11): 1671–1677.
15. Rapidis A.D., Wolf G.T. Immunotherapy of Head and Neck Cancer: Current and Future Considerations. Journal of Oncology. Volume 2009; 346345. – P. 11.
16. Saman MD. A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma: update. Head & Neck Oncology 2012; 4: 1–7.
17. Sharma A, Méndez E, Yueh B, et al. Human papillomavirus-positive oral cavity and oropharyngeal cancer patients do not have better quality-of-life trajectories. Otolaryngol Head Neck Surg. 2012; 146 (5): 739–45.
18. Smith RK. Human papillomavirus in head and neck squamous cell carcinoma. Australian Medical Student Journal, 2011; 2 (2): 53–57.
19. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncology 2009; 45: 309–316.

А. М. Рябошапка, А. А. Ковалев

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННЫМИ КАРЦИНОМАМИ ПОЛОСТИ РТА, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Исследовано качество жизни больных с местно распространенными карциномами ротовой полости и ротоглотки: в 60 пациентов с ВПЧ-положительными опухолями и у 68 пациентов с ВПЧ-отрицательными опухолями – до лечения и после завершения этапа лучевой терапии с помощью опросника QLQ-C30 с модулем QLQ-H & N35. Показатели качества жизни пациентов с ВПЧ-положительными и ВПЧ-отрицательными плоскоклеточными карциномами ротовой полости и ротоглотки до начала лечения существенно не отличаются. Лучевая терапия с предыдущей индукционной химиотерапией приводят к значительному ухудшению качества жизни пациентов независимо от наличия ВПЧ в опухолях, более выраженное у пациентов с ВПЧ-отрицательными опухолями. Применение интерферона $\alpha 2b$ на этапе лучевой терапии увеличивает уровень объективных ответов на лечение и улучшает общую выживаемость у пациентов с местно распространенным плоскоклеточным раком ротовой полости и ротоглотки, ассоциированным с ВПЧ, без существенного влияния на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: качество жизни, рак ротовой полости, рак ротоглотки, вирус папилломы человека.

A. M. Ryaboshapka, O. O. Kovalev

SI "Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education MOH of Ukraine"

STUDY OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LOCALLY ORAL CARCINOMA, ASSOCIATED WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS

Objective: investigate the quality of life of patients with HPV-associated oral and oropharyngeal cancer and its changes under the influence of treatment. Object and methods: was investigated the quality of life of patients with locally advanced oral and oropharyngeal carcinomas: 60 patients with HPV-positive tumors and 68 patients with HPV-negative tumors – before treatment and after radiotherapy completion using questionnaire QLQ-C30 with module QLQ-H & N35. Results: total level of objective response to treatment was 81,7% (49 patients) in the main group and 57,4% (39 patients) in the control group ($p=0,004$). The median of overall survival for patients of the main group was 17 months, for control group – 9 months ($p<0,001$). The higher objective response rates and higher survival rates of patients with HPV-associated tumors treated with Interferon $\alpha 2b$ and radiotherapy was noted. The quality of life between groups of patients before treatment did not differ. After the stage of radiotherapy was noted worsening of quality of life in both groups, more pronounced in patients with HPV-negative tumors. Adding interferon $\alpha 2b$ to radiotherapy did not affect the quality of life of patients with HPV-associated tumors. Conclusions: quality of life of patients with HPV-positive and HPV-negative oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas before treatment were not significantly different. Induction chemotherapy followed by radiotherapy resulted in a significant deterioration in the quality of life of patients regardless of HPV presence in tumors, but more pronounced in patients with HPV-negative tumors. Adding the interferon $\alpha 2b$ to radiotherapy increases objective response rate and improves overall survival in patients with HPV-associated locally advanced oral and oropharyngeal carcinomas, without significant impact on the quality of life.

Keywords: quality of life, oral cancer, oropharyngeal cancer, human papilloma virus.