

живались пораженные лимфатические узлы, определялись показания к выполнению лимфатэктомии или ДЛТ. При выявлении прогрессирования опухоли в костную систему использовались ДЛТ или системное лекарственное лечение в зависимости от клинической ситуации.

Для медицинских работников ПМСЗЗ сформирована и тиражирована памятка «Сигналы тревоги по поводу осложнений после брахитерапии, прогрессирования процесса»

Важно отметить три обстоятельства:

Помимо метастазирования возможен локальный рецидив РПЖ с прорастанием в окружающие ткани и прилегающие органы.

Диспансерное наблюдение за больным осуществляет врач-онколог, используя при необходимости консультации урологов, проктологов и других специалистов.

При выписке больного из госпитального отделения после проведения брахитерапии он информируется о возможных осложнениях, предупреждается о том, что при их возникновении должен безотлагательно посетить врача-онколога. Своевременное выявление рецидива или метастаза позволяет вовремя начать лечение и продлить жизнь пациента.

В связи с тем, что больные РПЖ после брахитерапии в процессе диспансеризации и обращения за медицинской помощью к медицинскому работнику любого профиля не сообщают о перенесенном заболевании, важно нацелить врачей и фельдшеров ПМСЗЗ на тщательный анамнестический опрос с учетом симптомов, что обеспечит грамотную своевременную целевую маршрутизацию.

Таким образом, обоснованы пути профилактики осложнений у больных РПЖ после брахитерапии, приводящих при их невыполнении и лечении к инвалидизации и преждевременной смертности. Разработаны и тиражированы функциональные стандарты диспансеризации больных РПЖ после брахитерапии, адресованные не только специалистам онкодиспансеров, онкологам районов и поликлиник города, но и врачам неонкологического профиля ПМСЗЗ для оперативной маршрутизации пациентов по экстренной медицинской помощи.

## **ВАРИАНТЫ ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ И СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

*Поварков С.М., Мошуров И.П., Петров Б.В., Лепшин С.Н.*

Воронежский областной клинический онкологический диспансер  
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

*Актуальность. В настоящее время важной проблемой при хирургическом лечении злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта является определение тактики в применении наиболее эффективного локорегионального лоскута для устранения образовавшегося дефекта.*

*Цель. Определение тактики хирургического лечения с одномоментной реконструкцией у пациентов со злокачественными новообразованиями слизистой оболочки полости рта.*

*Материалы и методы.* С 2017 по 2022 год в Воронежском областном клиническом онкологическом диспансере накоплен опыт хирургического лечения 53 пациентов (в возрасте от 45 до 67 лет) с верифицированным диагнозом рака слизистой оболочки полости рта. Гистологический вариант соответствовал плоскоклеточному ороговевающему и неороговевающему раку разной степени дифференцировки. При Tis и T1 хирургическое лечение заключалось в удалении опухоли с последующим замещением дефекта с использованием расщепленных кожных лоскутов. Наличие метастазов в шейные лимфоузлы или их отсутствие определяло тактику выполнения шейных диссекций с замещением дефекта с применением лоскута из передних мышц шеи и кивательной мышцы. Использование кожно-мышечного лоскута из большой грудной мышцы для замещения дефекта дна полости рта при T3 и рецидивных опухолях после химиолучевого лечения сочеталось с проведением операции Крайля на стороне поражения.

*Результаты исследования.* Полное приживление замещенного лоскута отмечено у всех пациентов. Некроз кожного фрагмента лоскута отмечен в 4-ех наблюдениях, в случаях применения лоскута из передних мышц шеи, лоскута из большой грудной мышцы, что не привело к потере лоскута. Эпителизация лоскута наблюдалась через 7-10 дней после операции. В сроки наблюдения от 6 месяцев до 5-ти лет, продолженный рост выявлен в двух наблюдениях, рецидив - в 3-ух случаях. Послеоперационная летальность составила 3%.

*Заключение.* При распространенности опухолевого процесса соответствующих Tis и T1 – замещение дефекта возможно с использованием расщепленных кожных лоскутов. При T2 обосновано использование кожно-мышечного лоскута из передних мышц шеи. При T3 и рецидивных опухолях дна полости рта с проведением операции Крайля целесообразно применение кожно-мышечного лоскута из большой грудной мышцы. С учетом малого количества осложнений и полноценно восстановленных функций полости рта в отдаленных наблюдениях, реабилитацию пациентов можно расценивать как удовлетворительную.

*Ключевые слова:* рак полости рта, хирургическая реабилитация, результаты лечения, реконструкция дефекта, выбор тактики.

В настоящий момент в мире ежегодно регистрируется более 600000 новых случаев рака слизистой оболочки полости рта. Заболеваемость злокачественными опухолями данной локализации занимает 6-ое место среди всех злокачественных новообразований и 1-ое место среди злокачественных опухолей головы и шеи. Установлено, что в России ежегодно умирают от этого заболевания порядка 12000 пациентов. Рак слизистой оболочки полости рта наблюдается у мужчин чаще, чем у женщин, в соотношении 3:1 [1,2]. Причиной возникновения рака полости рта является: курение, избыточное употребление алкоголя, плохая санация и гигиена полости рта, хронические травмы, дефицит витамина А, а также профессиональные вредности. В 40% случаев рак слизистой оболочки полости рта развивается на фоне предраковых заболеваний, таких как лейкоплакия, эритроплакия и дисплазия. Поэтому, с целью улучшения выявления и течения заболевания, необходима своевременная диагностика и профилактика во время первичного стоматологического осмотра.

В данной статье актуальной задачей при выявленном раке слизистой оболочки полости рта является хирургическое лечение с одномоментной реконструкцией с помощью кожно-мышечных аутотрансплантатов. Важной проблемой при этом является определение тактики в применении наиболее эффективного локорегионального лоскута для устранения образовавшегося дефекта [3,4].

**Цель исследования.** Определение тактики хирургического лечения с одномоментной реконструкцией у пациентов со злокачественными новообразованиями слизистой оболочки полости рта.

**Материалы и методы.** С 2017 по 2022 год в Воронежском областном клиническом онкологическом диспансере накоплен опыт хирургического лечения 53 пациентов (в возрасте от 45 до 67 лет) с верифицированным диагнозом рака слизистой оболочки полости рта. Гистологический вариант соответствовал плоскоклеточному ороговевающему и неороговевающему раку разной степени дифференцировки. В 24-ех случаях опухоль локализовалась в передних отделах дна полости рта, из которых в 13-ти случаях распространялась на вентральную и боковую поверхность языка. В 17-ти случаях опухоль располагалась в задних отделах полости дна полости рта с переходом на заднюю треть языка.

Местное распространение опухоли Tis определялось в 2-ух случаях, T1 - в 15 случаях; T2 - у 18 пациентов, T3 – у 14 пациентов. Рецидивная опухоль наблюдалась в 4-ех случаях после проведенной лучевой терапии у больных, отказавшихся от хирургического лечения на 1-ом этапе. Местное распространение T4 в данном исследовании не учитывалось ввиду распространенности процесса и нецелесообразности хирургического лечения.

Наличие регионарного метастазирования N1 наблюдалось в 23-ем случаях, N2 – в 8-ми случаях (метастазированный лимфоузел более 3,0 см до 6,0 см на одной стороне поражения) и сочеталось с одномоментной шейной лимфодиссекцией на стороне поражения [5].

При Tis хирургическое лечение заключалось в удалении опухоли с пластическим замещением дефекта местными тканями, при T1 - в удалении опухоли с выделением протоков поднижнечелюстных слюнных желез, их транспозицией в дистальные отделы с последующим замещением дефекта с использованием расщепленных кожных лоскутов. Кожные лоскуты выкраивались с помощью дерматома толщиной до 0,8 мм. и фиксировались на образовавшийся дефект по способу Лоусона-Краузе [6].

Наличие метастазов в шейные лимфоузлы или их отсутствие определяло тактику выполнения шейных диссекций с замещением дефекта с применением лоскута из передних мышц шеи и кивательной мышцы.

Использование кожно-мышечного лоскута из большой грудной мышцы для замещения дефекта дна полости рта при T3 и рецидивных опухолях после химиолучевого лечения сочеталось с проведением операции Крайля на стороне поражения. В двух случаях ввиду обширности опухолевого процесса и удобства доступа была выполнена мандибулотомия [7,8].

**Результаты исследования и их обсуждение.** При послеоперационном плановом гистологическом исследовании операционного материала во всех случаях в краях резекции опухолевого роста обнаружено не было, иссечение было выполнено радикально. Полное приживление замещенного лоскута отмечено у всех пациентов. Некроз кожного фрагмента лоскута отмечен в 4-ех наблюдениях, в случаях применения лоскута из передних мышц шеи, лоскута из большой грудной мышцы, что не привело к потери лоскута. Эпителлизация лоскута наблюдалась через 7-10 дней после операции. В сроки наблюдения от 6 месяцев до 5-ти лет, продолженный рост выявлен в двух наблюдениях, рецидив - в 3-ух случаях. Послеоперационная летальность составила 3%. Один пациент погиб спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства по причине продолженного роста и генерализации процесса. Во всех остальных случаях получены хорошие функциональные и приемлемые эстетические результаты. Сроки пребывания

больных в стационаре составили от 15 до 26 дней. Для оценки качества жизни были использованы опросники UM-HNQOL.

**Выводы.** Подводя итоги, вышеизложенные результаты подтверждают важность планирования и выбора тактики хирургического лечения с одномоментной реконструкцией дефекта при раке слизистой оболочки органов полости рта. При распространенности опухолевого процесса соответствующих Tis и T1 – замещение дефекта возможно с использованием расщепленных кожных лоскутов. При T2 обосновано использование кожно-мышечного лоскута из передних мышц шеи. При T3 и рецидивных опухолях дна полости рта с проведением операции Крайля целесообразно применение кожно-мышечного лоскута из большой грудной мышцы. С учетом малого количества осложнений и полноценно восстановленных функций полости рта в отдаленных наблюдениях, реабилитацию пациентов можно расценивать как удовлетворительную.

Список литературы

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (Заболеваемость и смертность). Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена. 2019; 250.
2. Карпенко А.В., Сибгатуллин Р.Р., Бойко А.А., Костова М.Г., Николаева О.М., Трунин Е.М. Динамика качества жизни у пациентов с раком полости рта, перенесших комбинированное/комплексное лечение, и его клиническая значимость. *Опухоли головы и шеи.* 2018; 8: 4: 39–47
3. Чойнзонов Е.Л., Кульбакин Д.Е., Мухамедов М.Р. Роль реконструктивно-пластических операций в хирургическом лечении больных злокачественными опухолями полости рта. *Забайкальский медицинский вестник.* 2019; 2: 105-111.
4. Кропотов М.А., Соболевский В.А., Азизян Р.И. и др. Органосохраняющие и реконструктивные операции на нижней челюсти в комбинированном лечении рака слизистой оболочки полости рта: *Учебное пособие.* М. 2007.
5. Дельта-пекторальный лоскут в пластике обширных и сквозных дефектов лицевой области и шеи / А. А. Каюмходжаев, Ж. Д. Расулов, В. Р. Оганесян [и др.] *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии.* 2013; 3: 23–28.
6. Задеренко И.А., Мудунов А.М., Алиева С.Б., Ахундов А.А. Выбор варианта хирургического лечения рецидивного рака органов орофарингеальной области. *Опухоли головы и шеи.* 2017; 7: 26-30.
7. Каприн А.Д., Галкин В.Н., Жаворонков Л.П., Иванов В.К., Иванов С.А., Романко Ю.С. Синтез фундаментальных и прикладных исследований основа обеспечения высокого уровня научных результатов и внедрения их в медицинскую практику. *Радиация и риск.* 2017; 26(2): 26–40.
8. Тюляндина С. А., Жукова Н. В. Правда о российской онкологии: проблемы и возможные решения. Москва. Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии». 2018; 28 с.

## ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА, СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ И ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ

Пушкин С.Ю.<sup>1,2</sup>, Белоконев В.И.<sup>1</sup>, Щербаков Д.А.<sup>2</sup>, Абашкин Н.Ю.<sup>2</sup>, Пушкина П.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Самарский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

<sup>3</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

*Обоснование. Повреждения пищевода сопровождаются высокой летальностью. Результаты лечения связаны со сроками диагностики, способами операций и их объемом.*