

В свою очередь, при оценке рецидивных процессов после оперативного вмешательства или лучевой терапии эффективность МРТ выше, однако в большинстве случаев требуется применение внутривенного контрастирования.

И все же необходимо понимать, что у многих пациентов КТ и МРТ представляют собой дополняющие друг друга методики и окончательный ответ лучевого диагноста будет складываться на основании информации этих двух методов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ РАНЕЕ ПРОВЕДЕННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

О.А. Жарков, С.П. Федотенко, С.Б. Алиева

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Лучевая терапия рака слизистой оболочки полости рта до настоящего времени является наиболее распространенным методом лечения. В России в 2006 г. лучевое лечение применено более чем у 80 % больных, при этом в 38 % случаев она использована как самостоятельный метод лечения рака полости рта и глотки. В связи с наличием рецидива или остаточной опухоли часть данных пациентов подвергаются операции в различные сроки после облучения.

Цель. Оценить возможности хирургического лечения больных раком слизистой оболочки полости рта (СОПР) после предшествующей лучевой терапии.

Материал и методы. В исследование включены 130 больных с рецидивом или продолженным ростом рака СОПР, оперированных за период с 1980 по 2000 г. в сроки от 1 до 60 мес после облучения в СОД более 50 Гр. Рак языка был у 67, дна полости рта – у 47, рак альвеолярной части нижней челюсти – у 10 и рак щеки – у 6 больных. Размер рецидивной/остаточной опухоли у 37 пациентов – до 2 см, у 93 – более 2 см. У 102 (78,4 %) пациентов операции были комбинированными, в том числе с резекцией нижней челюсти у 92 больных. В 88 случаях одновременно выполнена радикальная шейная диссекция, у 36 пациентов выявлены метастазы в лимфоузлы шеи. Одномоментное замещение дефекта выполнено 91 больному, в основном кожно-мышечными лоскутами (72 пациента).

Результаты. Для оценки частоты осложнений в зависимости от дозы лучевой терапии выделены три группы больных: I – ДГТ в СОД

от 50 до 60 Гр (28), II – ДГТ в СОД более 60 Гр (46) и III группа – сочетанная лучевая терапия в СОД более 60 Гр (56). Местные осложнения развились у 57 % больных. Наиболее часто осложнения отмечены у больных II группы – в 63 % случаев по сравнению с больными I и III групп – в 42,8 % и 58,9 % соответственно. Наиболее тяжелые осложнения также преобладали во II группе – у 19,5 % больных, в I и III группах они были в 3,5 % и 10,7 % случаев соответственно. При комбинированных операциях осложнения отмечены у 66,6 %, при стандартных – у 21,4 % больных. Выявлено изменение частоты послеоперационных осложнений в зависимости от величины интервала между окончанием лучевой терапии и операцией, но зависимость эта не является линейной. Наиболее часто они имели место в группе с интервалом 3–6 мес.

Прогрессирование опухолевого процесса отмечено у 55 пациентов. Рецидивы в области первичной опухоли установлены у 34 больных, из них у 12 отмечены регионарные метастазы. Прогрессирование в виде регионарных метастазов отмечено в 21 случае. В этой группе преобладали пациенты с размером опухолевого процесса более 2 см – 80 %. Большая часть больных (65 %) была оперирована в первые 6 мес после окончания лучевой терапии. Общая 5-летняя выживаемость составила 44,5 %, в т.ч. при раке дна полости рта – 40,2 %, при раке языка – 48,5 %. При размерах опухолевого процесса до 2 см 5-летняя выживаемость – 56,7 %, более 2 см – 37,6 %. При наличии регионарных метастазов 5-летняя выживаемость составила

20,2 %, при их отсутствии – 52,2 %. При резекции нижней челюсти 5-летняя выживаемость – 39,7 %, без резекции – 54,6 %.

Выводы. Полученные результаты подтверждают целесообразность хирургического вмешательства при рецидивном или продолженном росте рака СОПР после радикального облучения. Основными факторами, увеличивающими

частоту местных послеоперационных осложнений, являются повышение дозы облучения сверх 60 Гр и расширение объема хирургического вмешательства из-за несвоевременной диагностики рецидивной опухоли. Улучшение результатов лечения связано с ранним выявлением рецидива первичной опухоли и ее метастазов в регионарных лимфатических узлах шеи.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА НА ПЕРЕДНИХ МЫШЦАХ ШЕИ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

А.В. Карпенко, Л.Д. Роман, Н.С. Чуманихина, Р.Р. Сибгатуллин

*Ленинградский областной онкологический диспансер,
отделение опухолей головы и шеи, г. Санкт-Петербург*

Реконструкция дефектов, возникающих после хирургического лечения опухолей полости рта, ротоглотки, остается достаточно сложной задачей для хирурга-онколога. Одной из существенных задач является минимальное травмирование донорского места. В этой связи интерес представляет кожно-мышечный лоскут на передних мышцах шеи, или подподъязычный лоскут. В настоящее время особой популярностью этот способ не пользуется. Основные причины этого – ограниченная арка ротации, лимитирующая мобильность лоскута, и проблемы с венозным оттоком. Интерес к данному способу обуславливается и другими обстоятельствами. Не каждый пациент в состоянии перенести длительные операции с применением свободных реvascularизированных лоскутов. Не каждый дефект «заслуживает» подобных длительных и трудоемких операций, требующих особого навыка, инструментария и других ресурсов.

Материал и методы. Данная работа базируется на историях болезни 12 пациентов (9 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 45 до 62 лет (средний возраст 53,5 года), оперированных в отделении опухолей головы и шеи ЛООД в период с июля 2009 по январь 2010 г. В 8 случаях опухоль поражала дно полости рта, в одном – боковую поверхность мобильной части языка. Небная миндалина была первичным очагом в двух случаях. Наконец, еще в одном случае

опухоль поражала ретромолярное пространство, заднюю треть мобильной части языка и переднюю небную дужку. Распространенность опухоли соответствовала T_1 – 3 пациента, T_2 – 7 пациентов, T_3 – 2 пациента. Все пациенты на момент операции не имели пальпируемых шейных лимфатических узлов, т.е. соответствовали индексу N_0 . Трое пациентов в различные сроки перед операцией получали лучевую терапию в дозе от 38 до 50 Гр. Онкологический этап операции включал в себя резекцию первичной опухоли, в 4 случаях это потребовало выполнения краевой резекции нижней челюсти. Во всех случаях производилась селективная шейная диссекция. При подъеме лоскута учитывался ряд современных модификаций. Размер кожной площадки в типичном случае составлял 10x4 см. Полностью мобилизованный лоскут был связан с питающими сосудами (верхняя щитовидная артерия и вена) фасциальной прослойкой, содержащей в себе кожно-мышечные перфоранты, т.е., по сути, этот лоскут является типичным дистанционным лоскутом с осевым кровоснабжением.

Результаты и обсуждение. Осложнения со стороны лоскута отмечены у 5 пациентов. Тотальный некроз, сопровождавшийся нагноением раны, отмечен у 1 пациента (8,3 %). Некроз в этом случае привел к формированию стойкой оростомы, для пластики которой потребовалось