

100%, при трипл-негативном – в 100%, в группе с гиперэкспрессией HER2/neu – в 67%.

Выводы. Независимо от гистогенетического типа рака молочной железы наличие в первич-

ной опухоли большого количества микроальвеолярных структур связано с высокой вероятностью развития лимфогенных метастазов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГУБЫ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Д.З. ЗИКИРЯХОДЖАЕВ, Ш.З. ХАБИБУЛАЕВ

ГУ «Онкологический научный центр» МЗ РТ, г. Душанбе

Основными методами лечения местнораспространенного плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта и губ являются комбинированный и комплексный методы. Осуществление операции, по данным большинства авторов, является золотым стандартом в лечении местнораспространенного рака данной локализации. Результатом таких операций становятся обширные дефекты тканей и возникают тяжелые нарушения жизненно важных функций организма. Простое сшивание краев дефекта приводит к образованию грубых рубцов и уменьшению объема полости рта, что только усугубляет вышеуказанные нарушения.

Целью исследования является планирование, разработка и выполнение реконструктивно-восстановительных операций, направленных на восстановление утраченных функций полости рта, нижней и верхней губ.

В период с 2000 по 2008 г. прооперировано 47 больных в возрасте от 27 до 79 лет, которым произведена одномоментная пластика дефектов кожно-жировыми и кожно-мышечными лоскутами на ножке. Мужчин было 28, женщин – 19. Все опухоли соответствовали T₃ и T₄ стадиям. Использованы следующие кожно-фасциальные и кожно-мышечные лоскуты: носогубный, дельтопекторальный, шейный, лоскуты на подкожной мышце шеи, грудино-подъязычной мышце, грудино-ключично-сосцевидной мышце и большой грудной мышце.

Все дефекты разделены на несквозные (сохраняющие кожные покровы) и сквозные (опухоль

прорастала в кожу). При несквозных дефектах полости рта и губ (27 пластик), производили типичную реконструкцию, т.е. использовали, как правило, только один из вышеуказанных лоскутов. Для закрытия сквозных обширных дефектов (20 пластик) выполнялась комбинированная пластика, с применением, как минимум, двух артериализированных лоскутов: один для создания внутренней выстилки дефекта, другой – для наружной. Всего использовано 67 различных трансплантатов: 27 для реконструкции несквозных дефектов и 40 – сквозных.

Следует отметить, что у всех больных практически полностью восстановлены такие функции, как глотание, дыхание и речь. Жевание твердой пищи у пациентов с резецированной нижней челюстью представляло проблему в первые месяцы наблюдения, когда происходит активное рубцевание послеоперационной раны в области кости. После образования мощного рубца и отсутствия признаков опухолевого роста в области операции таким больным можно осуществлять протезирование костных структур. Наилучшие результаты получены при пластике дефектов слизистой оболочки кожно-мышечным лоскутом на большой грудной мышце.

Хорошие функциональные и косметические результаты позволяют рекомендовать данный вид лечения как один из стандартов противоопухолевой терапии злокачественных опухолей полости рта, губ и ротоглотки.