

так называемого «salvage surgery». Следует отметить, что проведение операции после окончания химиолучевой терапии усложняется наличием ранних и поздних лучевых реакций, затрудняющих определение истинных границ первичного опухолевого очага. В связи с этим встает вопрос выбора проведения лучевой терапии в пред- или послеоперационном периоде. Недостатки проведения лучевой терапии в предоперационном

периоде (потеря истинных границ опухоли) выглядят не столь убедительными, как недостатки проведения ее в послеоперационном периоде (увеличение радиорезистентности опухоли). Тем не менее в настоящее время нет убедительных данных рандомизированных исследований, демонстрирующих преимущество одной методики над другой.

КРИОДЕСТРУКЦИЯ РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

А.И. Пачес, И.Н. Пустынский, Т.Д. Таболиновская

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

Благодаря ряду уникальных свойств и преимуществ криогенный метод занял прочное место в арсенале онкологов и используется в настоящее время при лечении больных с различными видами новообразований. Особенности регенерации тканей после криодеструкции обеспечивают сохранение анатомической формы и функций пораженных органов, что имеет особое значение при локализации новообразования в орофарингеальной области.

Нами проведен комплексный анализ результатов криогенного лечения 129 больных плоскоклеточным раком орофарингеальной области, в том числе 85 больных раком губы и 44 больных раком слизистой оболочки полости рта различной локализации. Во всех случаях диагноз был подтвержден гистологическим исследованием опухоли. Новообразования, соответствовавшие символу T_1 , были у 76, T_2 – у 53 пациентов. Криогенное воздействие выполнялось способом криоаппликации по разработанным в клинике лечебным методикам с помощью отечественных медицинских криогенных аппаратов. В качестве хладагента используем жидкий азот, температура рабочего инструмента находилась в пределах –160–170°C. У 115 больных криодеструкция была применена в самостоятельном варианте и у 14 больных раком слизистой оболочки полости рта – в плане комбинированного лечения после лучевой терапии при частичной регрессии опухоли. Показаниями к проведению криогенного лечения при раке слизистой оболочки полости рта являлись новообразования с четкими

границами при поверхностном и экзофитном типах роста, в том числе развившиеся на фоне лейкоплакии (7). Применение криодеструкции считаем противопоказанным при инфильтративном характере новообразования, росте опухоли вдоль мышечных, нервных волокон, нечетких границах поражения.

После криодеструкции не возникало осложнений со стороны общего состояния больных. Лечение, как правило, проводилось под местным обезболиванием и легко переносилось даже лицами пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Осложнением криогенного лечения у 14 (10,8 %) больных явилось кровотечение, возникшее на 15–23-й дни после отторжения криогенного некроза из сосудов, располагавшихся в области дна раны. Во всех случаях кровотечение не было обильным и было быстро остановлено тампонадой и затем перевязкой или прошиванием кровоточащего сосуда. У 4 больных отмечалась секвестрация участка альвеолярного края нижней челюсти, подвергнутого криовоздействию с последующей эпителизацией раны, у 3 пациентов, перенесших лучевую терапию, длительно сохранялся отек тканей дна полости рта после криогенного воздействия. Данные осложнения не влияли на общее состояние больных и не сказались впоследствии на результатах лечения.

При последующем наблюдении за больными в сроки от 2 до 15 лет стойкая регрессия новообразования была отмечена у 122 больных (94,6 %), в том числе при раке нижней губы – у 84 (98,8 %)

больных, при раке слизистой оболочки полости рта – у 38 (86,4 %) пациентов. Отмечены хорошие функциональные и эстетические результаты без дополнительных восстановительных вмешательств. При возникновении регионарных метастазов в лимфатических узлах шеи у 16 больных (12,4 %) им выполнялось иссечение клетчатки шеи на стороне поражения. Рецидивы опухолей возникли у 7 больных (5,4 %), в том числе при I стадии заболевания – у 3 (3,9 %), II – у 4 (7,5 %) пациентов, рецидивов рака нижней губы при I стадии заболевания не было отмечено. Комплексная оценка результатов криогенного лечения показала полноценное восстановление структур полости рта и их функций с образованием мягких, эластичных и малозаметных рубцов.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод, что криодеструкция является

методом выбора, а также оптимальным видом лечения для большинства больных с ограниченными формами рака нижней губы I и II стадий. Криодеструкцию с успехом можно использовать при лечении больных с ранними стадиями рака слизистой оболочки полости рта, в том числе возникшего на фоне лейкоплакии. Метод показан при поверхностных и экзофитных формах опухолей с локализацией в передних отделах дна полости рта, переднем и среднем отделах языка. Обязательными условиями эффективного криогенного лечения являются использование адекватных криоаппаратов, обладающих необходимыми характеристиками криогенного воздействия, соблюдение разработанных методик лечения и показаний к их проведению, а также наличие соответствующего опыта и подготовки хирурга в области криогенных медицинских технологий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЯЗЫКА И РОТОГЛОТКИ. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО РЕКОНСТРУКТИВНОГО МАТЕРИАЛА

В.И. Письменный, В.Д. Архипов, О.В. Осокин, И.В. Письменный

*Самарский государственный медицинский университет
Самарский областной клинический онкологический диспансер*

Сложность ранней диагностики и лечения злокачественных опухолей ротоглотки представляет собой нерешенную задачу клинической онкологии. В практическом здравоохранении опухоли злокачественного генеза полости рта и ротоглотки диагностируются в распространенных стадиях заболевания, соответствующих T₃₋₄. Консервативные методы лечения имеют ограниченные возможности в плане радикального лечения больных.

Цель работы. Одним из важных этапов в комплексном лечении злокачественных опухолей полости рта и ротоглотки является хирургическое вмешательство, его грамотное сочетание, очередность с другими методами специфической противоопухолевой терапии. Множество мнений по объему хирургического вмешательства на первичном очаге и лимфатическом коллекторе шеи, различные вариации доступов к пораженному опухолевому очагу и

зонам регионарного лимфатического коллектора ставят перед оперативным вмешательством полидисциплинарные задачи.

Материал и методы. При хирургическом лечении опухолей дистальных отделов полости рта, языка и ротоглотки имеется ряд нерешенных задач. Для одномоментного восстановления дефектов после удаления опухолей широкое распространение получили кожно-мышечные лоскуты на питающей ножке, используя дельтопекторальную мышцу, подкожную, трапециевидную мышцы и их вариации. Для закрытия дефектов дна полости рта и языка мы отдали предпочтение кожному островковому лоскуту на мышцах шеи, расположенных ниже подъязычной кости. Пролечено 69 больных в возрасте от 43 до 79 лет, из них 13 женщин.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде отмечены наиболее предпочтительные результаты при использовании