

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ

И.Ю. Курицына, В.М. Курицын

Тверская медицинская академия

На основании данных литературы и результатов собственных исследований была разработана этиопатогенетическая классификация лейкоплакии. Все известные ее виды мы разделили на две группы: приобретенную и врожденную. Последнюю, в зависимости от сроков возникновения и патогенетического механизма развития, предложено делить на наследственную, передающуюся генетическим аппаратом, ненаследственную, которая обусловлена воздействием тератогенных факторов в терминационном периоде развития эмбриона, и мультифакториальную, возникающую от совместного воздействия генетических и экзогенных факторов, причем ни один из них в отдельности не является причиной ее развития. Все виды врожденной лейкоплакии разделили на две подгруппы: локализованную и синдромальную, которая рассматривается как один из симптомов генерализованного заболевания или синдрома. Локализованная форма является самостоятельной нозологической единицей, характеризуется локальным первичным поражением ткани, как, например, лейкоплакия Б.М. Пашкова, при которой отмечен семейный характер заболевания. Приобретенную лейкоплакию мы,

как и большинство исследователей, рассматриваем как местную реакцию ткани на различные экзогенные и эндогенные факторы.

По клинической картине и в зависимости от морфологического строения различаем пять клинико-морфологических форм заболевания: плоскую (простая), бородавчатую (веррукозная), бляшечную, эрозивно-язвенную и волосковую, которая считается патогномичным признаком ВИЧ-инфекции. В зависимости от числа очагов поражения выделяем уницентрический (один очаг) и мультицентрический (множественные очаги) виды лейкоплакии. Среди последней различаем изолированную, комбинированную и сочетанную ее формы. При изолированной имеются несколько очагов поражения, представленных только одной формой заболевания. Комбинированная характеризуется комбинацией различных форм лейкоплакии в одной и той же топографической области. При сочетанной имеет место сочетание различных форм заболевания в разных топографических областях.

Предложенная классификация не является окончательной, будет претерпевать изменения по мере углубления знаний об этом заболевании.

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ДВУХЭТАПНАЯ РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

А.Ф. Лазарев, И.В. Вихлянов, Г.М. Гликенфрейд, К.Н. Матвиенко,
В.М. Соловьёв, О.А. Самсонова, О.А. Ковалев

Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, ГУЗ АКОД, г. Барнаул

Цель исследования. Оценка эффективности двухэтапной регионарной полихимиотерапии платиной и 5-фторурацилом у больных с опухолями орофарингеальной зоны.

Материал и методы. 131 больной раком орофарингеальной зоны. Гистологический диагноз: высокодифференцированный плоскоклеточный рак – 35

больных; умереннодифференцированный – 32, плоскоклеточный с орогованием – 41, без орогования – 11, низкодифференцированный – 12. Рак слизистой оболочки дна полости рта выявлен у 44 (33,6 %) больных; альвеолярного отростка нижней челюсти – у 5 (3,8 %), щеки и ретромолярной области – у 3 (1,5 %), ротоглотки – у 45 (34,4 %), языка – у 34 (25,9 %). Распрос-

транённость процесса – $T_1N_0M_0$ была у 9 пациентов (6,8 %), $T_2N_0M_0$ – у 35 (26,7 %); $T_{1-3}N_1M_0$ – у 61 (46,6 %); $T_{1-4}N_{1-2}M_0$ – у 26 (19,8 %). Инфузия проводилась на 1-м этапе через поверхностную височную артерию, на 2-м – через затылочную. Курс химиотерапии проводился по схеме: платидиам 100 мг/м², в 1-е сут, 5-фторурацил 750 мг ежедневно до ОД 5,0–6,0.

Результаты. Лечение оценено у 124 больных, объективный эффект составил 90,3 % (37 полных и 75 частичных регрессий). У 7 пациентов 2-й курс химиотерапии проведен внутривенно. В группу сравнения вошли 32 пациента, которым два курса химиотерапии проводились внутривенно. Объективный противоопухолевый эффект составил 63 % (6 полных и 14 частичных регрессий). При

проведении регионарной химиотерапии наблюдались местные осложнения: парез лицевого нерва – у 7 больных (5,6 %), нагноение раны – у 3 (2,4 %) и общие: нейтропения в основной группе у 27 больных (21,7 %), в группе сравнения – у 14 больных (43,75 %). Тошнота и рвота при внутриаrтериальном введении химиопрепаратов наблюдались в 2,5 раза реже по сравнению с внутривенными инфузиями.

Выводы. Двухэтапная регионарная неоадьювантная химиотерапия имеет более выраженный непосредственный эффект по сравнению с внутривенным введением цитостатиков. Побочные эффекты химиотерапии значительно реже встречаются при внутриаrтериальном введении препаратов.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ: РОЛЬ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

**А.Ф. Лазарев, И.В. Вихлянов, Г.М. Гликенфрейд, В.М. Соловьёв,
К.Н. Матвиенко, С.С. Глотов, О.А. Ковалев**

Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, ГУЗ АКОД, г. Барнаул

Цель исследования. Оценка возможностей общей магнитотерапии в профилактике осложнений раннего послеоперационного периода у больных с опухолями орофарингеальной зоны.

Материал и методы. 78 больных раком орофарингеальной зоны после проведения двух курсов неоадьювантной внутриаrтериальной регионарной химиотерапии с последующим проведением расширенно-комбинированных операций. Магнитное поле использовалось с целью профилактики осложнений раннего послеоперационного периода. Магнитотерапия проводилась в статическом режиме, начиная с 3-х сут после операции, количество процедур – 10.

Результаты. Магнитотерапия была применена у больных раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки II–IV ст. Гистологический диагноз: плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. Рак слизистой оболочки полости рта выявлен у 31 больного (39,7 %), ротоглотки – у 27 (34,6 %), языка – у 20 (25,6 %). У большинства больных отмечалось легкое течение послеоперационного периода. При этом снижалась СОЭ – 24 мм/ч после операции до приме-

нения магнитотерапии и 12 мм/ч к концу 1-й нед послеоперационного периода. Уменьшалось количество лейкоцитов ($10,4 \times 10^9/\text{л}$ и $6,3 \times 10^9/\text{л}$ соответственно). Содержание эритроцитов и гемоглобина в периферической крови не понижалось. Заживление первичным натяжением было достигнуто у 69 больных. У 2 больных произошло отторжение перемещенного кожно-мышечно-фасциального лоскута. У 7 больных произошло нагноение послеоперационной раны, которое привело к образованию оро- и фарингостом. Частота послеоперационных осложнений при использовании магнитотерапии составила 11,5%. В контрольную группу включено 29 пациентов. Группы были идентичны по поло-возрастным характеристикам, стадии процесса, гистологическому диагнозу и объёму оперативного вмешательства. Осложнения в виде нагноения послеоперационной раны с отторжением кожно-мышечно-фасциального лоскута, образованием оро- и фарингостом, а в одном случае аррозивного кровотечения возникли у 17 (59 %) больных.

Выводы. Общая магнитотерапия позволяет снизить количество ранних послеоперационных осложнений.