

---

---

# МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

---

---

## ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПАХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

М.В. Авдеенко

*ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН», г. Томск*

**Актуальность.** Нарушение функции лицевого нерва при выполнении оперативного вмешательства на околоушной слюнной железе является одной из актуальных проблем и определяется как распространённостью заболевания, так и значительной частотой развития осложнений. Двигательный дефицит, возникающий вследствие травмы, приводит не только к косметическому дефекту, но и к нарушению актов жевания и глотания, речевой функции. Все это, в конечном итоге, неблагоприятно отражается на физическом состоянии, психоэмоциональной сфере больных, нередко вызывая длительное нарушение трудоспособности и существенно снижая качество жизни (Альперович П.М. и соавт., 1981; Алиферова В.Ф., 1990; Карлов В.А., 1991; Фарбер М.А., 1991; May Mark, 1986; Brown J., 1989). Уточнение электронейромиографических критериев диагностики степени поражения лицевого нерва на ранних этапах заболевания позволяет получить представление о тяжести патологического процесса, прогнозировать его течение и исход, оценить риск развития осложнений.

**Целью исследования** является оценка функциональных нарушений и качества жизни больных со злокачественными новообразованиями околоушной слюнной железы на этапах комбинированного лечения.

**Материал и методы.** Электронейромиографическое исследование выполнялось группе пациентов, подвергшихся комбинированному лечению по схеме: органосохраняющее оперативное вмешательство в объеме паротидэктомии

с препаровкой лицевого нерва на первом этапе и послеоперационная нейтронная терапия в режиме РОД 2,0–2,4 Гр, 2 фракциями в нед. до СОД 6,0–7,2 Гр на 2-м этапе. Электронейромиографическое исследование проведено 9 пациентам с различной степенью поражения лицевого нерва. Изучалось влияние органосохраняющего комбинированного лечения на динамику восстановительных процессов в п. accessorius, n. trigeminus, n. facialis r. digastricus и иннервируемых ими мышцах челюстно-подъязычной области. Определялись амплитуды вызванных мышечных потенциалов (М-ответ) при стимуляции двигательных точек нервов и скорости проведения импульсов по эфферентным волокнам нервов. Проведена оценка характеристик качества жизни группы больных раком околоушной слюнной железы в рамках Международного протокола с Европейской организацией исследования и лечения рака с помощью анкет-опросников общего EORTC QLQ-30 (version 3.0) и специфического для опухолей головы и шеи QLQ-H&N35. Исследования выполнялись до и после комбинированного лечения и через 3 мес после его завершения.

**Результаты.** У всех пациентов в раннем послеоперационном периоде зарегистрированы признаки демиелинизирующей невропатии, характеризующейся уменьшением амплитуд М-ответов и снижением скорости проведения импульсов. Через 3 мес после лечения отмечалось увеличение амплитуд М-ответов и повышение показателей скорости проведения импульсов по нервным волокнам на 20–25 %,

вероятно, предполагающее ускорение процессов ремиелинизации исследуемых нервов и реиннервации мышц челюстно-подъязычной области. Значительные улучшения наступали в сроки от 12 до 24 нед, что соответствует общей статистике восстановления посттравматических поражений периферических нервов (Гехт Б.М., 2000; Самойлов М.И., 1997). Изучение качества жизни в сравнительном аспекте показало, что органосохраняющее комбинированное лечение с послеоперационной нейтронной терапией пациентов со злокачественными новообразова-

ниями околоушной слюнной железы позволяет избежать тяжелых осложнений, связанных с параличом мимической мускулатуры.

**Выводы.** Применение электронейромиографического исследования позволяет объективизировать функциональные нарушения у больных со злокачественными новообразованиями околоушной слюнной железы на этапах комбинированного лечения. Выполнение органосохраняющего комбинированного лечения с сохранением лицевого нерва значительно улучшает качество жизни больных.

## МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

И.А. Алтухов, Ю.М. Солюянов, Е.А. Тупикова

*ГУ «НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН»,  
г. Новосибирск*

**Актуальность.** Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди причин онкологической заболеваемости женщин во всем мире. Увеличение продолжительности жизни после хирургического и, особенно, комбинированного лечения рака молочной железы с применением лучевой терапии делает актуальной разработку мероприятий по профилактике и лечению различных осложнений.

При комбинированном лечении рака молочной железы большинство осложнений связывается с применением лучевой терапии (Крылов В.С., Миланов Н.О., 1982), особенно с предоперационным облучением (Даценко В.С., 1975; Кожевников А.И., 1975). Осложнения лечения рака молочной железы объединяются понятием постмастэктомического синдрома, включающим ограничение функции плечевого сустава, повреждение периферических нервов, появление лучевых повреждений в зоне полей облучения. Одним из частых симптомов указанных осложнений является развитие отека верхней конечности, появляющегося до 20 % у больных после хирургических операций, а при

добавлении лучевой терапии – до 72 % (Крылов В.С., Миланов Н.О., 1982). Именно это осложнение обуславливает потерю трудоспособности большинства таких больных, поэтому разработка вопросов эффективного лечения имеет еще и большое социальное значение (Овчинников С.И., 2000). Несмотря на определенные успехи, достигнутые в сосудистой хирургии за последние два десятилетия, проблема лечения больных лимфостазом конечностей продолжает оставаться одной из сложных и актуальных.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения и реабилитации в ближайшем послеоперационном периоде больных с вторичной лимфедемой после радикальной мастэктомии.

**Материал и методы.** Микролимфovenозные анастомозы по методике Degni были сформированы нами у 51 больной, при этом у 74,5 % (38) из них анастомозы были наложены только в локтевой ямке, у 15,7 % (8) – только в средней трети плеча. У пяти больных были предприняты повторные вмешательства в средней трети плеча через 6–8 мес после формирования анастомозов в локтевой ямке. У 4 больных (7,8 %) повтор-