

знакомят врачей с современными возможностями патоморфологии, лучевой диагностики, а также достижениями лучевой и химиотерапии злокачественных опухолей головы и шеи. С 2009 г. лекция «Онкологические аспекты в практике врача-стоматолога», разработанная сотрудниками отделения, официально включена в план работы факультета усовершенствования врачей кафедры терапевтической стоматологии Уральской государственной медицинской академии. На базе кафедры терапевтической стоматологии УГМА организован совместный

консультативный прием заведующей кафедрой и сотрудников отделения патологии головы и шеи, который уже приносит свои первые результаты. Руководством УГМА решается вопрос о создании кабинета профилактики злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта на базе стоматологической клиники. Активную позицию в этом отношении занимает онкологическая служба Свердловской области, которая предоставляет возможность совместной работы по выявлению злокачественных новообразований челюстно-лицевой области.

## РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА – ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ ПРОБЛЕМЫ

Г.А. Гинзбург, А.Г. Гинзбург, Д.А. Бузов, Л.Д. Герасимова

*ГУЗ «Свердловский областной онкологический диспансер»  
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург*

Заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта (РСОПР) колеблется от 1,2 до 4,5 на 100000 населения. РСОПР по праву считается одним из наиболее агрессивных и трудно излечиваемых. Длительное время может симулировать различные параопухолевые процессы, не сопровождается болевым синдромом. В результате большинство пациентов начинает специфическое лечение, имея опухоль существенных размеров, хотя РСОПР – заболевание наружной локализации. Оценить истинные размеры опухоли и, соответственно, наметить оптимальные линии резекции зачастую не просто. КТ и МР томография этой зоны сложна и нередко дает противоречивые результаты даже в самых благоприятных технических и субъективных условиях. Плоскоклеточный рак полости рта, как правило, сопровождается метаплазией слизистой, имеет широкие опухолевые поля. Химиолучевое лечение редко дает многолетние положительные результаты. Опухоль полости рта даже небольших размеров подразумевает широкую, инвалидизирующую операцию. Сложно провести грань между радикализмом и удалением опухоли разумным в функциональном плане. Даже в первой стадии вылечить РСОПР нелегко. Число рецидивов РСОПР одно из самых высоких.

Лечение их бывает удачным только в единичных случаях. Многие больные первично признаются нерезектабельными как из-за распространенности опухоли, так и из-за отсутствия перспектив реабилитации. Статистика смертности больных РСОПР по Свердловской области в первый год подтверждает актуальность проблемы: 1999 г. – 32,8 %, 2003 г. – 30,4 %, 2008 г. – 39,8 %.

На протяжении многих лет в большинстве клиник России была традиционна тактика комбинированного и комплексного лечения рака СОРП с ПХТ и ЛТ на первом этапе и оперативным лечением в последующем. Применялись различные методики от стандартного предоперационного курса 40 Гр до сочетанного облучения в два этапа в дозе от 60 до 70 Гр либо химиолучевого лечения. Даже практически полная клиническая регрессия опухоли в большинстве клиник, особенно при раке боковой поверхности языка, не являлась поводом для отказа от хирургического лечения. Хирургическая тактика в отношении рака дна полости рта была менее активной, в основном в силу сложности пластического аспекта таких операций. Закономерно, что успех более часто сопровождал лечение больных, когда необходимая линия резекции первичной опухоли укладывалась в четко очерченные ана-

томические категории. Среди рака СОПР этому более всего соответствует рак передних двух третей боковой поверхности языка. Различные, преимущественно некротические, осложнения для таких больных обычны и ведут к значительному увеличению времени пребывания в стационаре. Количество рецидивов достигает 50 %. Паллиативная химиотерапия позволяет продлить жизнь на сравнительно небольшой период при плохом качестве жизни.

Первично-хирургический подход к лечению рака СОПР уже не новое направление, а современная методика. Отсутствие боязни послеоперационных осложнений и возможности современной пластической хирургии позволяют выполнять обширные резекции СОПР и нижней челюсти с одномоментным восстановлением функции. Методики одномоментной пластики можно поделить на четыре уровня:

1) использование местных кожно-жировых лоскутов (подбородочный, носогубный) с формированием микрооростомы или орофарингостомы;

2) различные лоскуты на питающих ножках; инфрахиоидный, субментальный, кивательный, на прямых мышцах шеи, большой грудной мышце;

3) кожно-жировой лоскут с применением микрососудистой техники;

4) перемещение костно-пластического трансплантата.

Хирурги отделений опухолей головы и шеи большинства городов России владеют различными методами местной пластики и умеют использовать лоскуты на питающих ножках. Многие стоят на рубеже внедрения микрососудистой техники. После операции целесообразно проведение курса химиолучевого лечения. Таким образом, алгоритм лечения рака СОПР становится более динамичным и четко очерченным. Местнораспространенные опухоли полости рта надо оперировать преимущественно наружным доступом для обеспечения адекватной линии резекции со стороны слизистой задних отделов полости рта, ротоглотки и в мягких тканях и создания широкого канала для проведения трансплантата в полость рта. В сложных диагностических случаях целесообразно тотальное удаление патологического очага со срочным гистологическим исследованием и расширением объема операции при подтверждении рака.

Как и все большие перемены, переход к новой методике сложен для осознания. Процесс носит избирательный характер, а выбранные пациенты требуют отдельного взаимодействия с радиологами и химиотерапевтами. Если оптимизация лечения всецело зависит от клиницистов, то какие-либо позитивные тенденции в ранней диагностике невозможны без тесного взаимодействия с врачами общей лечебной сети, и это вторая сторона проблемы. В этом направлении необходимы следующие мероприятия:

- проведение тематических семинаров на центральных базах, организация выездных семинаров;

- включение соответствующих тем в программы циклов усовершенствования врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов;

- проведение занятий с врачами районных поликлиник, с целью повышения онкологической настороженности;

- взаимодействие с врачами-стоматологами частной сети, обеспечение доступности консультации онколога;

- просветительная работа среди населения.

Таким образом, первично-хирургическая методика лечения рака СОПР предпочтительна как с клинической точки зрения, так и экономически. После удаления первичного очага показано проведение курса лучевой терапии до 40–45 Гр с одномоментным проведением химиотерапии по схеме PF для максимально интенсивного воздействия на ложе опухоли в краткие сроки. Использование наружного доступа при оперативном лечении рака СОПР позволяет расширить возможности радикального удаления местнораспространенной опухоли. В каждом отделении опухолей головы и шеи следует использовать наиболее отработанную методику функционально сберегающего метода завершения операции, но это не должно сдерживать развитие в этом направлении. В сложных диагностических случаях целесообразна активная хирургическая тактика. Для достижения ощутимых успехов в лечении рака СОПР необходимо совершенствование диагностики ранних стадий заболевания. Переход к новой методике невозможен без проведения ряда рабочих совещаний в каждом онкологическом диспансере России.