

челюсти: дефекты подбородочного отдела и тела нижней челюсти, а также протяженные дефекты нижней челюсти, состоящие из суставной головки, ветви, тела и подбородочного отдела. Возможно применение данного вида пластики в случае ранее проведенного лучевого лечения по радикальной программе, а также для замещения комбинированных, различных по составу и протяженности как костного, так и мягкотканного дефектов. Существуют клинические ситуации, когда альтернативы данному способу пластики нет.

Наиболее часто для замещения дефекта нижней челюсти применяются следующие аутотрансплантаты:

- лопаточный трансплантат с использованием латерального края лопатки и кожи лопаточной области;

- подвздошный комбинированный трансплантат с включением гребня подвздошной кости и кожно-мышечного фрагмента подвздошной области, питание которого осуществляется от артерии и вены, огибающей подвздошную кость;

- малоберцовый трансплантат (возможно включение в лоскут с кожно-фасциального фрагмента голени).

Таким образом, у больных раком слизистой оболочки полости рта выполняются 2 вида оперативных вмешательств на нижней челюсти. В случае выполнения сегментарной резекции существует широкий выбор пластического материала для замещения дефекта челюсти с полной функциональной и косметической реабилитацией больного.

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

В.Л. Любаев, В.Ж. Бржезовский

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Число больных с указанной распространенностью опухоли составляет в России 65–70 % раков слизистой оболочки полости рта. Результаты лечения малоутешительны и не превышают 30–35 % пятилетнего излечения. В связи с этим актуальным является поиск наиболее рационального использования известных методов лечения при этой патологии. Анализ частоты и локализации рецидивов позволил разработать принцип комбинированных операций с учетом распространения опухолей в различных анатомических отделах ротовой полости. Внедрение этих операций уменьшило число рецидивов рака языка и дна полости рта в 4–5 раз, рака корня языка – на 40 %. В то же время при наличии остаточной опухоли после консервативного лечения не более 2,0 см возможны органосохранные вмешательства или криодеструкция.

В клинике в течение 40 лет разрабатываются принципы дифференцированного подхода к выбору тактики лечения с использованием прогно-

стического значения различных клинических и морфологических факторов. На основе индивидуального прогнозирования выявлены больные, которым не показаны лучевая и химиотерапия (Бржезовский В.Ж., 1988). Использование в этих случаях комбинированных операций в качестве самостоятельного лечения привело к излечению в течение 2 лет 65 % больных. Разработана и доказана перспективность химиолучевого лечения с неоадьювантной химиотерапией препаратами платины и фторурацилом на 1 этапе (Рыспаева Г., 1992). Двухлетняя выживаемость составила 55 %, пятилетняя – 43 %. При этом установлено, что отсутствие эффекта от первого курса химиотерапии делает бесперспективным проведение последующих курсов лекарственного и лучевого лечения и является показанием к хирургическому вмешательству. Уменьшение же опухоли более чем на 50 % позволяет рассчитывать, при дальнейшем нарастании эффекта, на полное излечение.

Таким образом, использование индивидуального прогнозирования позволяет определить оптимальную тактику лечения больных и получить с помощью консервативных и хирургических

методов благоприятные онкологические, функциональные и косметические результаты при пятилетней выживаемости более чем у 55 % больных.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А.У. Минкин, М.Ю. Верещагин, В.И. Копылов

*Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск
ГУЗ «Архангельский областной клинический онкологический диспансер»
ГУЗ «Архангельская областная клиническая больница»*

В Архангельской области за последние 15 лет отмечается рост заболеваемости раком слизистой оболочки полости рта (СОПР) и глотки с 6,5 до 6,9 на 100 тыс., хотя уровень ниже среднего по РФ (7,6 %). У мужчин злокачественные опухоли (ЗО) СОПР встречаются в 5 раз чаще. Показатель выявления ЗО СОПР в I–II стадиях вырос за 15 лет с 26,9 до 33,3 %, что превышает общероссийский уровень (28,2 %). Активная выявляемость (1,2 %) ниже среднего уровня по РФ (7,1 %). Визуальность локализации предполагает раннюю диагностику заболевания. Одним из основных критериев оценки помощи онкологическим больным в ЛПУ является показатель запущенности, который возрос с 25,5 до 39,4 %. Реальный показатель запущенности еще выше, так как летальность на первом году жизни составляет 49,4 %.

В связи с большой долей больных, поступающих на лечение с распространенными формами

рака III–IV стадии (60 %), основными методами лечения остаются паллиативный и комбинированный. В клиниках опухолей головы и шеи АОКОД и челюстно-лицевой хирургии АОКБ проводится комбинированное лечение больных ЗО СОПР с одномоментным замещением дефекта дна полости рта островковым шейным полнослойным кожно-жировым лоскутом на питающей ножке из передних мышц шеи. Операция позволяет провести полноценную реабилитацию и социальную адаптацию больных. Затруднения речевой функции и вторичная адентия требуют командного подхода к решению проблемы реабилитации с привлечением челюстно-лицевого хирурга с целью коррекции рубцовой деформации языка, углубления преддверия полости рта и дентальной имплантации; ортопеда-стоматолога и логопеда.

ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

А.М. Мудунов

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта занимает 6-е место в общей структуре заболеваемости злокачественными

опухолями в мире. Цель настоящего сообщения состоит в обобщении существующей информации и определении наиболее оптимальной