

альность исследований по лечению данной патологии.

В отделении «Опухолей головы и шеи» РНИОИ используется методика комплексного лечения рака полости рта (РПР), где химиотерапия применяется до- и во время операции. При этом цитостатики для химиотерапии растворяются в аутоплазме (Сидоренко Ю. С. и соавт., 1996). Лечение заключается в проведении на первом этапе регионально-внутриартериальной аутоплазмoxимиотерапии, затем – радикальной операции с интраоперационной аутоплазмoxимиотерапией и последующими облучением и адьювантной системной химиотерапией. Приготовление раствора для химиотерапии осуществляется следующим образом. Натощак, из локтевой вены берется кровь в объеме 200–250 мл, которую помещают в стандартный стерильный флакон с раствором глюцигира (50,0 мл). Кровь после отстаивания центрифугируется. Отделяется плазма, которую затем распределяют по 10 мл в шесть 20-мл шприцов. В каждый из шприцов с размороженной аутоплазмой добавляют химиопрепараты – метотрексат (30 мг) и 5 фторурацил (500 мг) – и подвергают инкубированию при температуре 37°C. После катетеризации язычной артерии, тут же на опе-

рационном столе, вводится содержимое одного из шприцов. Рана послойно ушивается. Катетер выводится на кожу для последующей химиотерапии, которая осуществляется со следующего дня ежедневно в течение 4 дней. Через 2 нед оценивается непосредственный эффект.

По разработанной методике пролечено 20 больных РПР. Из них с III стадией заболевания было 13 и с IV стадией – 7 больных. Ни у одного больного не был достигнут полный лечебный эффект, тогда как частичный был получен у 16 (80 %), а стабилизация процесса – у 4 (20 %) больных. Затем осуществлялась операция – хирургическое удаление опухолевого процесса с интраоперационной аутоплазмoxимиотерапией: вводится содержимое последнего 6 шприца посредством обкалывания мягких тканей «ложа опухоли» таким образом, чтобы охватить всю раневую площадь. Через 2 нед больной подвергается облучению до СОД в 40–45 Гр и затем, спустя 3 нед, проводится системная химиотерапия. После окончания лечения ремиссия до 12 мес наблюдалась у 16 (80 %) больных. Продолженный рост через 8 мес наступил у 2 больных с III ст., с IV ст. – у 2 больных через 5 и 6 мес, что потребовало продолжить химиотерапию. Набор клинического материала продолжается.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА И ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

**А.М. Сдвижков, В.И. Борисов, М.Р. Финкельштерн, С.В. Тяншин,
И.В. Солдатов, Н.В. Панкина**

Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

Лечение и реабилитация больных распространенными опухолями головы и шеи является актуальной задачей современной онкологии. Количество таких пациентов постоянно увеличивается. Кроме того, возрастают требования к качеству жизни пациента после проведенного лечения. Важными критериями стали как эстетическая, так и функциональная реабилитация больных. Сегодня нельзя считать удовлетворительным результат лечения злокачественной опухоли, локализуемой в полости рта, если

после ее излечения образуется оростомы, неудовлетворительным является образующийся после хирургического вмешательства обширный дефект мягких тканей лица, а выполняемые в последние годы кранио-фациальные и кранио-орбито-фациальные резекции невозможны без применения сложных восстановительных операций. Использование современных высокотехнологичных методик позволяет существенно улучшить результаты лечения больных опухолями данных локализаций.

В Онкологическом клиническом диспансере № 1 г. Москвы постоянно проводится работа по внедрению в практическую деятельность современных технологий, в частности в лечении распространенных опухолей верхней и нижней челюстей и слизистой оболочки дна полости рта. С 2000 по 2009 г. в ОКД № 1 проведено лечение 102 пациентов с местнораспространенными злокачественными опухолями верхней челюсти, у 23 из них с распространением на основание черепа. За этот период проведено лечение 34 больных с опухолями альвеолярного отростка нижней челюсти и слизистой оболочки дна полости рта. В 82 наблюдениях опухоли имели строение плоскоклеточного рака, в 8 – железистого рака, в 5 – недифференцированного рака, в 4 – аденокистозного рака и в 3 – саркомы.

В лечении данных пациентов использовались следующие высокотехнологичные методики: внутриартериальная регионарная химиотерапия, расширенные и комбинированные оперативные вмешательства (в том числе кранио-фациальные резекции с нейрохирургическим этапом), метод микрохирургической аутотрансплантации комплексов тканей для закрытия обширных дефектов после удаления опухолей, метод реконструкции костных структур титановыми трансплантатами, эндоскопические малоинвазивные методики резекций верхней челюсти, интраоперационная фотодинамическая терапия.

Всем пациентам выполнены операции в объеме комбинированной электрохирургической резекции верхней челюсти (41), кранио-фациальной резекции верхней челюсти (14), резекции либо экзартикуляции нижней челюсти (21), во многих случаях выполнялась одномоментная пластика различными трансплантатами.

В ОКД № 1 г. Москвы применяется метод внутриартериальной регионарной полихимиотерапии в комплексном лечении больных злокачественными опухолями верхней и нижней челюстей и слизистой дна полости рта. Введение химиопрепаратов осуществляется путем катетеризации поверхностной височной артерии и установки катетера ретроградно на уровне, соответствующем кровоснабжению

зоны опухоли. Данная методика применена у 66 пациентов, полная регрессия опухоли достигнута у 25 больных, частичная регрессия – у 31, прогрессирование процесса – у 10.

В результате операций при местнораспространенных опухолях верхней и нижней челюстей и слизистой дна полости рта образуется обширный дефект тканей, либо не совместимый с жизнью, либо приводящий к инвалидизации пациента. Закрытие подобного рода дефектов осуществляется с помощью пересадки различных комплексов тканей. У 46 пациентов был использован метод свободной микрохирургической аутотрансплантации: торакодorzального лоскута – в 25 наблюдениях (из них в 9 случаях с включением фрагмента ребра), лоскута на основе прямой мышцы живота – в 6 и лучевого лоскута – в 8 наблюдениях. У 22 пациентов был использован метод пластики перемещенными трансплантатами: надкостницей свода черепа – 10, фрагментом жевательной мышцы – 12 наблюдений. При этом восстановление целостности костных структур выполняется путем установки титановых имплантатов (в 24 наблюдениях) либо васкуляризованными микрохирургически костными трансплантатами – реберным или малоберцовым (в 12 наблюдениях).

С целью повышения абластики при удалении обширных опухолей и улучшения отдаленных онкологических результатов применяются методы интраоперационной фотодинамической либо лучевой терапии. Пролечено 19 больных. При операциях на верхнечелюстных пазухах используется эндоскопическая техника, которая позволяет, не уменьшая радикализма вмешательства, минимизировать травматичность и ускорить период реабилитации. Прооперировано 17 пациентов.

Использование современных технологий в лечении пациентов, страдающих местнораспространенными опухолями верхней, нижней челюстей и слизистой оболочки дна полости рта, позволило улучшить результаты лечения, ускорить функциональную и эстетическую реабилитацию пациентов. В сроки от 6 мес до 4 лет прослежено 102 пациента, 39 из них без признаков рецидива и генерализации (37 %).