

ХУЛОСА

Тактика ва муносибгардони табобати суддати шадиди бавосирӣ

**К. М. Қурбонов, М. К. Билолов,
Д. К. Муҳаббатов, А. М. Сабурова**

Дар мақола натиҷаҳои табобати 104 нафар бемори гирифтори суддати шадиди гиреҳи бавосирӣ (СШГБ) таҳлил карда шудаанд. Муаллифон муқаррар карданд, ки дар патогенези СШГБ нақши асосиро ихтилоли раванди оксидшавии липидҳо дар хуни гиреҳҳои бавосирӣ бо ташаккули илтиҳоби андарунпардаи рағҳо (эндофлебит) мебозанд. Ба маҷмӯи чораҳои дармонӣ ҳамроҳ кардани табобати мавзеи зиддиоксидантӣ ба хеле паст шудани шумораи оризаҳо мусоидат мекунад.

Summary

OPTIMIZATION AND TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE HAEMORRHOIDAL THROMBOSIS

K.M. Kurbonov, M.K. Bilolov, D.K. Muhabbatov, A.M. Saburova

In the work results of the care of 140 patients with acute thrombosis of haemorrhoidal knots were analyzed. Authors received that important role in pathogenesis of acute thrombosis of haemorrhoidal knots belong to damage of processes of super-oxidation of lipids in blood of haemorrhoidal knots and initiation of endo-phlebitis. Putting of local antioxidant therapy into complex of conservative measures promotes decreasing a number of complications.

Key words: acute haemorrhoidal thrombosis, SOL, haemorrhoidectomy

Адрес для корреспонденции:

К.М. Курбонов - зав. кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, Душанбе, ул. Айни-46. Тел: +992 (37) 227-74-96

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Ш.З. Хабибулаев

ГУ "Онкологический научный центр" МЗ РТ

В статье приводятся отдалённые результаты лечения 110 больных местнораспространённым раком области головы и шеи, которым в период с 1998 по 2008 г.г. произведены одномоментные реконструктивно-восстановительные операции с применением кожно-фасциальных и кожно-мышечных артериализированных лоскутов на ножке. При анализе эффективности проведённого хирургического лечения установлено, что 3-летняя выживаемость среди всех оперированных пациентов составила 62,5+5,13%, тогда как 5-летняя выживаемость равнялась 53,2+5,85%. При сравнении выживаемости больных раком кожи и слизистой оболочки полости рта выявлена статистически достоверная разница показателей в корреляции с возрастом больных и стадией опухоли.

Ключевые слова: местнораспространённый рак органов головы и шеи, пластика дефектов головы и шеи

Актуальность. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении злокачественных новообразований головы и шеи, процент запущенных случаев рака в Республике Таджикистан остаётся достаточно высоким и составляет в среднем около 70-80% [1]. Это также относится и к частоте выявления плоскоклеточного рака органов головы и шеи, который чаще всего встречается на коже и слизистой оболочке полости рта и ротоглотки.

Пятилетняя выживаемость больных при лечении данных новообразований не превышает 50-55% [4]. Поэтому расширение показаний к хирургическому лечению местнораспространённого рака посредством разработки и внедрения новых видов пластики дефектов, является актуальной проблемой современной онкологии.

Целью исследования является улучшение отдалённых результатов хирургического лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.

Материал и методы. В период с 1998 по 2008 гг. в Ташкентском областном онкологическом диспансере и ГУ "Онкологическом научном центре" МЗ РТ, нами произведено 110 хирургических вмешательств больным местнораспространённым раком органов головы и шеи в возрасте от 27 до 91 года. Среди пациентов мужчин было 61, а женщин - 49. При анализе возрастного состава оказалось, что 59 больных были старше 60 лет и составили 53,6% от общего количества пациентов.

Распространённость опухолевого процесса определялась по Международной классификации TNM и соответствовала у всех больных категориям T3 и T4. В таблице 1 показано распределение рака по TNM классификации, в зависимости от локализации опухоли на голове и шее.

Таблица 1
Степень распространённости опухоли в зависимости от локализации

TNM локализация	T3N0M0	T3N1M0	T3N2M0	T4N0M0	T4N1M0	T4N2M0
Полость рта и ротоглотка	4	6	3	11	8	2
Нижняя и верхняя губы	5	2	2	-	4	-
Околоушно-жевательная область	5	-	1	9	-	2
Нос и переносица	9	-	-	7	-	-
Веки	2	-	-	-	-	-
Кожа щеки	4	-	-	1	-	-
Волосистая часть головы	11	-	-	5	-	-
Кожа шеи	1	-	-	-	-	-
Гортань	5	1	-	-	-	-
Всего	46(41,8%)	9(8,2%)	6(5,5%)	33(30%)	12(10,9%)	4(3,6%)

Из данных таблицы следует, что 31 больной поступил на лечение с метастазами в лимфатические узлы шеи, что составляет 28,2%. У остальных пациентов метастазы к моменту поступления в стационар не диагностированы. Тем не менее, опухолевый процесс расценивается как местнораспространённый, а наличие регионарных метастазов, по данным многочисленной литературы, значительно ухудшает прогноз заболевания.

Наибольшее количество наблюдаемых пациентов лечилось по поводу рака стадии T3N0M0 - 46 наблюдений (41,8%), несколько меньше больных имели опухоль, соответствующую градации T4N0M0 - 30%. Наихудший прогноз в плане выживаемости имеет место, по мнению онкологов, при стадиях T3N2M0 и T4N2M0, которые в нашем исследовании наблюдались соответственно в 5,5% и 3,6% случаях.

Из 110 больных, 32 (29,1%) составляют люди, которым выполнены "операции спасения". Это обусловлено наличием распространённых распадающихся новообразований, инфильтрирующих сразу несколько соседних анатомических областей или органов, обладающих неприятным зловонным запахом, часто сопровождающихся кровотечением и сильными болями. У большинства этих больных диагностированы регионарные метастазы, соответствующие категориям N1 и N2, нередко с инфильтрацией кожи шеи и распадом. При локализации новообразований в полости рта и ротоглотке, больные лишены возможности нормально питаться, глотать и общаться с окружающими их людьми. Это усугубляет и без того тяжёлое положение таких пациентов, делает их социально неполноценными изгоями общества. Поэтому всё вышесказанное оправдывает осуществление объёмных тяжёлых реконструктивно-восстановительных операций с первичной пластикой дефектов.

Для упрощения планирования и унификации результатов пластических операций, нами разработана рабочая классификация обширных дефектов тканей.

В результате комбинированных или расширенно-комбинированных операций по поводу злокачественных опухолей головы и шеи, образуются следующие виды послеоперационных обширных дефектов:

1) несквозные дефекты кожных покровов, мышечной ткани и костей, не сообщающихся с полостями (57 больных);

2) несквозные дефекты слизистых оболочек, мышц и костей при сохранённом кожном покрове (27 больных);

3) сквозные дефекты слизистых оболочек, мышц и костей, сообщающиеся с поверхностью кожи на большом протяжении (20 больных);

4) сквозные дефекты глотки и гортани, т.н. фарингостомы и ларингостомы (6 больных).

Всем больным выполнена реконструкция дефектов с применением кожно-фасциальных и кожно-мышечных лоскутов на ножке с осевым характером кровообращения. Из первых использованы лобный, дельтопекторальный, носогубной, шейный, височно-лобно-теменной, и некоторые другие лоскуты.

Кожно-мышечная пластика осуществлена в виде реконструкции лоскутами на грудино-ключично-сосцевидной мышце, трапециевидной мышце, подкожной мышце шеи, грудино-подъязычной и большой грудной мышцах.

Таким образом, использован практически весь арсенал пластического материала, применяемого для реконструкции дефектов головы и шеи. Разработаны различные методические подходы к осуществлению запланированных одномоментных пластических операций с целью улучшить непосредственные и отдалённые результаты лечения.

Таблица 2

Выживаемость и смертность больных, которым произведены пластические операции

Год наблюдения	Число больных, состоявших под наблюдением			Пережившие данный год (%)	Выживаемость (%)
	в начале года	в течение года	умерло		
1-й год	110	108	13	87,97	87,97
2-й год	95	82	13	84,1	73,98
3-й год	69	58	9	84,5	62,51
4-й год	49	35	3	91,4	57,13
5-й год	32	29	2	93,1	53,19

Для определения выживаемости больных местнораспространённым раком области головы и шеи, которым выполнены одномоментные реконструктивно-восстановительные операции, мы использовали методику построения таблиц дожития и расчёта выживаемости моментным способом, или по методу Каплан-Мейера. Оценку точности приближения сравниваемых результатов даёт стандартная ошибка, рассчитанная по формуле Гринвуда [2,3,5].

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения 110 больных местнораспространённым раком области головы и шеи представлены в таблице 2.

Из данных таблицы следует, что в сроки наблюдения до 5 лет умерло 40 человек, причём 26 из них (65%) - в первые 2 года наблюдения: 25 - от прогрессирования злокачественной опухоли в виде рецидива, регионарных и отдалённых метастазов и 15 - от сопутствующих заболеваний. 3-летняя выживаемость среди 110 оперированных пациентов составила 62,5+5,13%, смертность на этот же срок составила 37,5+5,1%. 5-летняя выживаемость среди 110 исследуемых больных составила 53,2+5,85%, а смертность, соответственно - 46,8+5,9%.

Данные результаты нельзя считать основополагающими и пригодными для выводов из-за неоднородности исследуемого контингента больных (различия по локализациям, степени злокачественности, агрессивности новообразований, прогнозу). Поэтому мы считаем необходимым рассмотреть выживаемость пациентов в соответствии с групповым распределением обширных дефектов тканей на 4 категории, сведения о которых представлены в таблице 3.

Среди 57 пациентов с обширными дефектами 1 группы за прослеженный период умерло 15, причём 7 - от сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, а 8 - от рецидивов и метастазов злокачественной опухоли. Трёхлетняя выживаемость в данной группе составляет 79,09+5,5, а 5-летняя выживаемость - 63,74+8,3%.

Таблица 3

Отдалённые результаты лечения в зависимости от вида дефекта

Группа №№	Сроки набл-я (годы)	Общее число боль-х	Выбыли из-под набл-я	Число оставшихся под набл-ем	Результаты лечения	
					Умерли в период наблюдения	Живы к концу года
1	1-й	57	1	56	4	52
	2-й	52	3	49	5	44
	3-й	44	5	39	2	37
	4-й	37	15	22	3	19
	5-й	19	4	15	1	14
2	1-й	27	1	26	4	22
	2-й	22	5	17	3	14
	3-й	14	4	10	3	7
	4-й	7	-	7	-	7
	5-й	7	-	7	1	6
3	1-й	20	-	20	5	15
	2-й	15	3	12	5	7
	3-й	7	2	5	2	3
	4-й	3	-	3	-	3
	5-й	3	-	3	-	3
4	1-й	6	-	6	-	6
	2-й	6	1	5	-	5
	3-й	5	-	5	1	4
	4-й	4	-	4	-	4
	5-й	4	-	4	1	3

При анализе результатов хирургического лечения больных со 2 группой дефектов, из 27 больных местнораспространённым раком слизистых оболочек полости рта и ротоглотки умерло 11 человек: 7 - в связи с дальнейшим прогрессированием опухолевого процесса, а 4 - от интеркуррентных заболеваний. 3- и 5-летняя выживаемость у этой категории пациентов составила соответственно $48,76 \pm 11,7\%$ и $41,79 \pm 11,7\%$.

Из 20 больных с дефектами 3 группы, в сроки наблюдения от 1 до 5 лет умерло 12 человек, причём 10 - от прогрессирования первичной злокачественной опухоли, регионарных и отдалённых метастазов, и всего двое скончались от сопутствующих заболеваний сердца и почек. Из 10 умерших больных, у 9 прогрессирование роста злокачественной опухоли в зоне первичного очага диагностировано в первые 2 года наблюдения, а у 1 пациента метастазы рака органов полости рта в лимфатических узлах шеи появились через 2,5 года после операции. Трёхлетняя выживаемость составляет $26,25 \pm 11,8\%$, а пять лет наблюдаются всего у 3 больных.

В четвёртой группе из 6 оперированных больных в сроки наблюдения от 3 до 5 лет от сопутствующих заболеваний умерло 2 человека. Четверо оставшихся больных наблюдаются более 5 лет без признаков опухолевого заболевания.

В прогнозе лечения злокачественных новообразований головы и шеи немаловажное значение играет локализация опухоли на коже или слизистой оболочке естественных полостей исследуемой области. Поэтому необходимо сравнить отдалённые результаты хирургического лечения рака кожи головы и шеи, и - рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки и губы. Обе группы пригодны для статистического сравнения, в связи со случайным характером их формирования и относительной однородностью изучаемых прогностических признаков (пол, возраст, гистология, стадия, метод лечения и т.д.).

Для наглядности сравнения отдалённых результатов лечения местнораспространённого рака кожи области головы и шеи и слизистой оболочки полости рта, ротоглотки и губ, приводим таблицу 4.

Таблица 4

Выживаемость онкологических больных в соответствии с локализацией опухоли

Локализация	Общее количество больных	3-летняя выживаемость в % \pm m	5-летняя выживаемость в % \pm m
Кожа области головы и шеи	57	$79,1 \pm 5,5$	$63,7 \pm 8,3$
Слизистая оболочка полости рта, ротоглотки и губ	47	$38,8 \pm 8,8$	$34,9 \pm 8,4$

Таким образом, 3-х и 5-летние результаты лечения пациентов раком кожи ($79,1\%$ и $63,7\%$) значительно лучше соответствующих показателей выживаемости при раке слизистой оболочки ($38,8\%$ и $34,9\%$), а их разница статистически достоверна.

Результаты лечения местнораспространённых злокачественных новообразований челюстно-лицевой области и шеи зависят от объёма иссекаемых тканей, локализации опухоли, степени её злокачественности, стадии. На наш взгляд, вид пластики образовавшегося обширного дефекта не может влиять на отдалённые трёх и пятилетние результаты, потому, что всем пациентам операции выполнялись в адекватном объёме с соблюдением правил абластики. В связи с этим, мы не видим необходимости оценивать онкологические показатели эффективности лечения в связи с видом произведённой реконструктивно-восстановительной операции. Данный прогностический фактор, на наш взгляд, влияет в основном на функциональные и косметические результаты лечения.

Исходя из полученных результатов, можно сделать **вывод** о необходимости производства одноэтапных реконструктивно-восстановительных операций, значительно расширяющих показания к хирургическому лечению местнораспространённого рака области головы и шеи и улучшающих отдалённые результаты лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базаров Н.И. Некоторые аспекты проблем терапии и пути решения адекватного лечения распространённого рака кожи головы и шеи (РРКГШ) // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ. Ташкент. 2008. С. 153
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика // Пер. с англ. Ю.А.Данилова. М. Практика. 1999
3. Каминский Л.С. Обработка клинических и лабораторных данных // Л. "Медгиз". 1959
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи // 4-е издание. М. 2000
5. Петри А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика // Пер. с англ. под ред. В.П.Леонова. М. "Гэотар-Медиа". 2009

ХУЛОСА

Натиҷаҳои дури муолиҷаи ҷарроҳии саратони мавзей-паҳншудаи сару гардан Ш. З. Ҳабибуллоев

Дар мақола муаллиф натиҷаҳои дури табобати 110 нафар бемори саратони мавзей-паҳншудаи сару гардан, ки ба онҳо дар солҳои 1998-2008 ҷарроҳии якмарҳалагии таҷдидию барқарорсозӣ бо истифода аз лахтаҳои бо хуни шараёнӣ фаровони пӯстӣ-ниёмӣ ва пӯстумушакии дар пояк гузаронида шудаанд, овардааст. Ҳангоми таҳлили самаранокии муолиҷаи ҷарроҳии гузаронидашуда муқаррар карда шуд, ки қобилияти зиндамони 3-сола дар байни ҷарроҳишудагон 62,5 + 5,13 %-ро ташкил дод, ҳол он ки қобилияти зиндамони 5-сола бошад ба 53,2 + 5,85 % баробар буд.

Муқоисаи қобилияти зиндамони беморони саратони пӯст ва луобпардаи даруни даҳон фарқияти саҳеҳи омории нишондиҳандаҳо дар ҳамбастагӣ бо синну соли беморон ва марҳалаҳои омос ошкор карда шуд.

Summary

DISTANT RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LOCAL CANCER OF HEAD AND NECK Sh.Z. Habibulaev

In the article distant results of the care of 110 patients with local cancer of head and neck were received. In years 1998-2008 one-moment reconstructive operations with using of skin-fascial and skin-muscle arterialized tied scrap were made. During the analysis of treatment-effect it was studied that 3 year-surviving of operated patients was 62% and 5 year - 53%. The comparison of a surviving-index of patients with cancer and status of mucous membrane of oral cavity indicated statistically reliable difference of indexes in correlation with age of patients and stage of cancer.

Key words: local cancer of head and neck, plastic surgery of defects

Адрес для корреспонденции:

Ш.З. Хабибуллоев - замдиректора ГУ "Онкологический научный центр" МЗ РТ;
Таджикистан, Душанбе, ул. Дехоти, д. 10 Тел. (+992) 919-19-32-55. E-mail: sharhab@mail.ru