

2. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Том 2. / А. А. Тимофеев -К.: Червона Рута - Турс, 1998.- 256с.

3. Алехова Т. П. Кровоснабжение нижней челюсти после ее перелома. / Т. П. Алехова, А. И. Протосевич, О. Н. Гайкова // Стоматология. - 1977 - № 4. - с.4-7.

4. Савин А. Е. Состояние регионарного кровообращения у больных с переломами нижней челюсти по данным реографии / А. Е. Савин, А. Г. Шаргородский, В. А. Милягин // Стоматология. - 1984. - № 4. - с.37-39.

5. Себов В. И. Информативность разработанного способа дослідження місцевої гемодинамики у хворих з переломами нижньої щелепи / В. И. Себов, О. О. Фаренюк, О. Е. Швець // Одеський медичний журнал. - 2001. - № 3. - С. 93-95.

Поступила 25.04.12



УДК 617.52-006.6+616.428-089.873

В. Г. Центилю д. мед. н., Э. В. Крайникова

Донецкий национальный медицинский университет

СУПРАОМОГИОИДНАЯ ШЕЙНАЯ ДИСЕКЦИЯ КАК ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Рак челюстно-лицевой области является собирательным понятием и включает в себя следующие локализации опухолей: кожа лица, губы, слизистая оболочка полости рта, слюнные железы, челюсти.

Эти опухоли являются часто встречаемыми локализациями рака, поражающего человека, и ортоградное регионарное метастазирование их связано с особенностями лимфооттока от первичной опухоли. Так, метастазирование рака нижней губы, концевой отдела языка и переднего отдела дна полости рта имеет двусторонний характер; первые метастазы рака околоушной слюнной железы обычно появляются под ее капсулой, но могут поражать и лимфатические узлы вдоль добавочного нерва.

Чаще всего объектом метастазирования становятся лимфатические узлы поднижнечелюстного и сонного треугольников. В зависимости от локализации увеличенных лимфатических узлов и их смежности по отношению к окружающим органам и тканям выполняют различные виды шейной диссекции.

Операции функциональной и радикальной шейной диссекции весьма травматичны и поэтому имеют ограниченные показания к их выполнению по возрасту и патологическому фону больного, вызванному опухолью и сопутствующими заболеваниями, инвалидизируют больных.

Нами изучена возможность выполнения при раке этих локализаций усовершенствованной нами супраомогиоидной шейной диссекции и ее вариантов с целью уменьшения травматичности операции и расширения показаний к возможности выполнения шейной диссекции с учетом возраста больного и его патологического фона.

Ключевые слова: рак челюстно-лицевой области, регионарные метастазы, супраомогиоидная шейная диссекция.

В. Г. Центилю, Э. В. Крайникова

Донецкий национальный медицинский университет

СУПРАГОЙНА ШИЙНА ДИСЕКЦІЯ ЯК ІНТЕГРАЛЬНА ОПЕРАЦІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕГІОНАРНИХ МЕТАСТАЗІВ РАКУ ЩЕЛІПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Рак щелепно-лицевої ділянки є збірним поняттям, що залучає до себе наступні локалізації пухлин: шкіра обличчя, губи, слизова оболонка порожнини рота, слинні залози, щелепи.

Ці пухлини часто уражують людину, а їхнє регіонарне метастазування пов'язане з особливостями лімфовідтікання від первинної пухлини. Зокрема, метастазування раку нижньої губи, кінцевого відділку язика та переднього відділку дна порожнини рота має двобічний характер, перші метастази раку привушної слинної залози з'являються за звичай під її капсулою, але можуть уражати також лімфатичні вузли вздовж додаткового нерва.

Частіше за все об'єктом метастазування є лімфатичні вузли піднижньощелепного та сонного трикутників.

В залежності від локалізації збільшених лімфатичних вузлів і їхньої рухомості по відношенню до оточуючих тканин і органів виконують різні типи шийної дисекції.

Операції функціональної та радикальної шийної дисекції дуже травматичні та тому мають обмежені покази до їхнього виконання за віком і патологічним фоном хворого, що викликаний пухлиною та супутніми захворюваннями, інвалідизують хворих.

Нами вивчена можливість виконання при раку цих локалізацій удосконалених нами супраомогиоїдної шийної дисекції та її варіантів з метою зменшення її травматичності та розширення показів до можливості виконання шийної дисекції з урахуванням віку хворого та його патологічного фону.

Ключові слова: рак щелепно-лицевої ділянки, регіонарні метастази, супраомогиоїдна шийна дисекція.

V. G. Tsentilo, E. V. Krainikova

Donetsk National Medical University

SUPRAOMOHOID NECK DISSECTION AS AN INTEGRAL OPERATION IN TREATING REGIONAL METASTASIS IN THE MAXILLOFACIAL REGION

Cancer in the maxillofacial region is a collective understanding which comprises of the following tumor locations: skin of the face, lips, mucous membrane of an oral cavity, salivary glands and jaws.

These tumors are often found with the localization of the cancers, affecting man, and their regional metastasis depends on the lymphatic flow from the primary tumor. Metastasis from the lower lip, frontal segment of the tongue, and frontal segment of the mouth have a bilateral nature; the initial metastasis of the cancer salivary glands normally appears under its capsule, but could also affect the lymphatic nodules alongside the nerves.

The lymphatic nodules in the submandibular and trigonum caroticum region mostly are subjected to metastasis.

Different types of neck dissections are carried out depending on the localization of the increased lymphatic nodules and their mobility in relation to the surrounding organs and tissues.

Functional and radical neck dissection operations are very traumatizing, and that's why the indications for them to be carried out depend on the age and pathophysiological status of the

patient, the cause of the tumor and the accompanying sicknesses, which make the patient an invalid.

We studied the possibilities of carrying out an improved supraomohoid neck dissection in the case of cancer of such localizations and their variants to reduce the trauma of the operation and increase the indications in carrying out the neck dissection taking into consideration the age of the patient and his pathological status.

Key words: cancer of the maxillofacial region, regional metastasis, supraomohoid neck dissection.

Введение. Раки челюстно-лицевой области наблюдаются в 18 % - 22% случаев заболеваний раком [1-4], а их регионарное метастазирование отмечено в 5-84,5 % в зависимости от локализации, распространенности первичной опухоли, а также ее клинической и морфологической формы [5-8].

После верификации диагноза и проведения курса лучевой терапии проводят оперативное вмешательство для лечения первичной опухоли, а затем (по показаниям одноэтапно) операцию на путях регионарного метастазирования.

В связи с тем, что чаще всего раком болеют люди пожилого возраста и они имеют сопутствующие заболевания, составляющие их патофизиологический фон, необходимым условием для выбора операции на путях лимфооттока от первичной опухоли является разумный компромисс между радикализмом операции и ее травматичностью.

Именно такой операцией, по нашему мнению, может быть супраомогиодная шейная диссекция (СОГШД), позволяющая включить в блок удаляемых тканей регионарные метастазы I, II и III-го уровней с возможностью, в зависимости от показаний, сокращения ее до супрагиоидной шейной диссекции (СГШД) с включением в блок удаляемых тканей регионарных метастазов I и II-го уровней и расширения ее (РСОГШД) - с возможностью включения в блок удаляемых тканей метастазов I, II, III, и V уровней.

При выполнении СОГШД в блоке удаляемых тканей обязательно должны находиться коллекторные и интегральные яремно-двубрюшный и яремно-лопаточно-подъязычный лимфатические узлы.

Материал и методика. Наше сообщение основано на результатах применения 73 операций СГШД, СОГШД и РСОГШД при лечении метастазов рака челюстно-лицевой области.

Показаниями к СГШД являлись определяемые пальпаторно смещаемые лимфатические узлы в подбородочном треугольнике. Показаниями к СОГШД являлись смещаемые лимфатические узлы в поднижнечелюстном треугольнике, а к РСОГШД – смещаемые лимфатические узлы сонного треугольника и в верхней трети заднего треугольника шеи.

Данные о возрасте, половой принадлежности больных и локализации опухоли приведены в табл. 1.

Таблица 1

Пол, возраст и локализация опухолей больных раком челюстно-лицевой области

Возраст пол	1-10		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
Нижняя губа	-	-	-	-	-	-	3	-	4	-	6	-	5	1	19
ПТ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Язык	-	-	-	-	1	-	3	1	4	-	6	1	-	-	16
СТ	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	4	-	-	-	6
ПТ	-	-	-	-	-	-	3	-	3	-	-	-	-	-	6
ДПР	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	3
СТ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Десна	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	3
РО	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	3
ОСЖ	1	-	-	1	-	-	1	2	1	1	-	2	1	-	10
ПСЖ	-	-	-	-	-	1	-	2	-	1	1	-	1	1	7
Итого	1	-	-	1	1	1	12	5	18	3	18	4	7	2	73

Примечание: ДПР – дно полости рта, ПТ – передняя треть, СТ – средняя треть, ЗТ – задняя треть, РО – ретромолярная область, ОСЖ – околоушная слюнная железа, ПСЖ – поднижнечелюстная слюнная железа.

Чаще всего раки ЧЛЮ нами наблюдались в возрасте от 41 до 70 лет: 60 больных (82,2 %) у лиц мужского пола: 57 больных (78,08 %). Что касается отдельных локализаций рака, то соотношение больных мужского пола к лицам женского пола составило при раке нижней губы 94,7 % к 5,3 %, при раке слизистой оболочки полости рта 89,2 % к 10,8 %, а при раке слюнных желез 41,1 % к 58,9 %.

В операции супрагиоидной шейной диссекции мы видоизменили технологию выделения блока тканей в подбородочной области.

С целью уменьшения возможности имплантационного метастазирования при выделении блока удаляемых тканей в области переднего брюшка двубрюшной мышцы мы электроножом рассекаем ткани над проложенной салфеткой от подбородка до подъязычной кости (предварительно отслаиваем подлежащие ткани над челюстно-подъязычной мышцей) латеральнее средней линии шеи, коагулируем и обшиваем культю блока, а затем вскрываем собственный фасциальный футляр переднего брюшка двубрюшной мышцы по медиальному его краю [9]. Расположенный здесь лимфатический узел трудно пропальпировать,

поскольку он находится под указанной мышцей, и часто является объектом метастазирования раков переднего отдела СОПР и нижней губы.

При лечении метастазов рака языка и дна полости рта мы обязательно включаем в блок удаляемых тканей описанную Н. А. Тищенко [10] парамандибулярную клетчатку вместе с отростками поверхностной пластинки фасции шеи, прикрепляющейся к нижней челюсти по челюстно-подъязычной линии. Рассечение отростков поверхностной пластинки фасции шеи мы выполняли за пределами установленных нами линий их смыкания [11-4].

Осуществляя расширенную супраомогиоидную шейную диссекцию по поводу рака околоушной слюнной железы, мы пользуемся предлагаемым нами оперативным доступом [15], а при оперативном лечении опухолей, возникающих из глоточного ее отростка и распространяющихся в сторону основания черепа производим кондилэктомия с суставным диском и частичную резекцию заднего края ветви челюсти [16].

Выполняя хирургическое лечение цилиндром (цистоаденоидных карцином) поднижнечелюстной слюнной железы с клинически негативными регионарными метастазами, в блоке с экстрафутлярным удалением клетчатки поднижнечелюстного треугольника дополнительно футлярно удаляем клетчатку сонного треугольника, частично дна полости рта, пе-

реднего окологлоточного пространства и парамандибулярную клетчаточную щель, а операцию проводим в условиях редуцированного зонального кровообращения [17]. При этом клетчатку сонного треугольника с его лимфатическим аппаратом выделяем предлагаемым нами способом [18].

Результаты и обсуждение. При установлении диагноза рака нижней губы распространение первичной опухоли оценено как T1 у 5 больных, T2 – у 8 больных, T3 – у 3 больных и T4 – у 3 больных.

После верификации диагноза 15 больным проведена телегамматерапия (ТГТ) в предоперационной или лечебной дозе. Всем им в последующем выполнена электрорезекция нижней губы. При изучении препарата резецированного участка нижней губы в 13 случаях (86,6 %) верифицирован рак независимо от распространенности первичной опухоли, что противоречит взгляду об успешном применении лучевой терапии при начальных стадиях рака нижней губы. В двух случаях выполнена электрорезекция нижней губы без ТГТ и еще в двух – ТГТ после электрорезекции нижней губы. В последних четырех случаях рецидивов первичной опухоли не наблюдали.

При пальпаторном исследовании регионарно зависимых лимфатических узлов определены увеличенными следующие группы лимфатических узлов (табл. 2).

Таблица 2

Локализация увеличенных лимфатических узлов у оперированных нами больных раком нижней губы

Увеличенные лимфатические узлы у оперированных больных										
пп	пч			щ	вя			ся		
	гл	кл	дс		гл	кл	дс	гл	кл	дс
5	1	-	16	-	3	-	-	3	-	-

Примечание: пп - подбородочные, пч – поднижнечелюстные, щ – щечные, вя – верхние яремные, ся – средние яремные, гл – гомолатеральные, кл – контралатеральные, дс – двусторонние.

Таблица 3

Характеристика регионарных лимфатических узлов при различной распространенности опухоли нижней губы

Опухоль	T1					T2					T3					T4				
	N	N	N	M	M	N	N	N	M	M	N	N	N	M	M	N	N	N	M	M
Лимфузлы, отдаленные метастазы	1	2	3	0	X	1	2	3	0	X	1	2	3	0	X	1	2	3	0	X
	-	4	1	4	1	6	-	2	7	1	1	2	-	2	1	-	1	2	1	2

Состояние регионарных лимфатических узлов при различной распространенности опухоли нижней губы представлено в табл. 3.

При обследовании во время первого обращения была установлена следующая распространенность опухолевого процесса: T1N2M0 – у 4 больных, T1N3MX – у 1 больного, T2N1M0 – у 6 больных, T2N3M0 – у 1 больного, T2N3MX – у 1 больного, T3N1M0 – у 1 больного, T3N2M0 – у 1 больного, T4N2M0 – у 1 больного, T4N3MX – у 2 больных.

Полученные нами данные позволяют утверждать, что нет прямой зависимости между распространенностью первичной опухоли нижней губы и степенью поражения регионарных лимфатических узлов, а зна-

чит и объемом шейной диссекции, которую необходимо выполнить.

Поскольку ортоградное метастазирование рака нижней губы имеет двусторонний характер, то и операции шейной диссекции были двусторонними с выполнением по показаниям различных вариантов операции на каждой стороне шеи.

Особенностью нашего наблюдения является то, что к нам обращались больные либо в запущенных случаях рака нижней губы, либо в случаях отсутствия лечебного эффекта после проведенной лучевой терапии, либо в случаях развития регионарных метастазов при излеченных в результате применения лучевой терапии первичных опухолях.

Поэтому, исследуя результаты оперативного лечения регионарных метастазов рака нижней губы, мы на нашем материале не можем судить о частоте метастазирования раков нижней губы в целом и приводим статистику лишь наших наблюдений.

Верифицированные метастазы рака нижней губы в блоке удаленных тканей после шейной диссекции у наших больных составили 42,1 % (8 больных из 19).

При этом поражение регионарных лимфатических узлов оценено как N2 у четырех больных и N3 также у четырех больных. Первичная опухоль оценена как T1 у трех больных, T2 – у одного больного, T3 – у двух больных и T4 – у двух больных.

Корреляции между распространенностью первичной опухоли и верифицированным регионарным метастазированием после выполненной шейной диссекции не наблюдалось.

Из восьми больных с верифицированными регионарными метастазами, в том числе и с экстраоральным распространением, у четырех потребовались, помимо шейной диссекции, резекция нижней челюсти, окружающих участков щеки, околоушно-жевательной, поднижнечелюстной области, дна полости рта, верхней щитовидной артерии, изменения скелетной фиксации языка. Все они живы без рецидива первичной опухоли и регионарных метастазов в сроки от одного года до семи лет. Три из этих больных оперированы в возрасте от 55 до 66 лет и один больной в возрасте 78 лет. Жив также еще один больной, которому не потребовалось дополнительной резекции окружающих органов и тканей, без рецидива и метастазов в течение 6 лет после двусторонней супраомогиодной шейной диссекции. Больной был оперирован в возрасте 61 года.

Один больной, оперированный в возрасте 74 лет, умер через год после операции без признаков метастаза первичной опухоли и регионарных рецидивов.

Два больных, оперированных в возрасте 73 и 76 лет, не прослежены: на контрольные осмотры не являлись и среди умерших в канцерорегистре ДОПЦ не числятся.

В тех случаях, когда метастазы не были верифицированы наблюдали хронический лимфаденит, гистиоцитоз, реактивные изменения, хронический лимфаденит с явлениями лучевого патоморфоза. Мы относимся к этим изменениям как к предметагнатическим поражениям и считаем развитие метастазов у этих больных вопросом времени.

В двух случаях мы наблюдали множественный синхронно и метахронно текущий рак, когда рак нижней губы сочетался с раком кожи крыла носа и раком околоушной слюнной железы. Проведено лечение и этих опухолей. В обоих случаях регионарные метастазы рака не были установлены. Больные живы в сроки наблюдения свыше 5 лет.

Также проведено изучение эффективности воздействия полученной больными раком слизистой оболочки полости рта (СОПР) лучевой терапии (ТГТ) и полихимиотерапии (ПХТ) на первичную опухоль путем гистологического исследования препаратов после электрорезекции пораженного органа.

Выявлено, что только у 5 больных (13,9 %) из 36, получавших указанную предоперационную терапию

не обнаружено раковых клеток, а у 31 (86,1 %) они присутствовали.

У больных с изолированным поражением рака языка опухоль в средней трети его локализовалась в 16 случаях и области корня – в шести.

Каждому из больных с локализацией рака в средней трети языка после полученного курса телегамматерапии (ТГТ) оперативное лечение проведено в два этапа: электрорезекция языка и оперативное лечение регионарных метастазов: у 12 больных супраомогиодная шейная диссекция и у остальных четырех эта операция в расширенном варианте.

В связи с интимным прилеганием или сращением увеличенных лимфатических узлов или их конгломератов у шести больных произведена резекция внутренней яремной вены, у одного больного – резекция грудинной ножки кивательной мышцы, еще у одного больного – добавочного нерва и еще у двух – иссечение клетчатки вокруг добавочного нерва с сохранением его непрерывности.

Метастазы в регионарные лимфатические узлы в блоке удаленных тканей верифицированы у 8 больных (50,0 %), не обнаружены у 5 (31,2 %) и у 3 больных (18,8 %) из блока удаленных тканей лимфатические узлы для гистологического исследования не были вырезаны.

Один больной (Ю-но Р.И., 34 года, мед. карта №20569/708 за 2007 год) умер в результате кровотечения из рецидива первичной опухоли языка. Рецидив возник, несмотря на проведенное комбинированное лечение. При попытке остановки кровотечения путем перевязки наружной сонной артерии обнаружен дефект участка общей сонной артерии с некрозом окружающих тканей. Произведена некрэктомия, наложен сосудистый шов. Через три недели больной умер на фоне вновь открывшегося кровотечения.

Еще у одного больного (О-шук Н.И., 70 лет, мед. карта №2232/91 за 2008 г) через 2 месяца после выполненной РСОГШД с резекцией внутренней яремной вены и добавочного нерва в связи со сращением с ними регионарных метастазов (гистологически верифицированных) были обнаружены метастазы рака языка в неоперабельном состоянии на противоположной стороне от проведенной шейной диссекции. В зоне ранее проведенной лимфаденэктомии и на одноименной стороне шеи метастазы выявлены не были.

Остальные больные живы в сроки наблюдения от одного до девяти лет без признаков рецидива первичной опухоли и регионарных метастазов.

У всех 6 больных с локализацией опухоли в области корня языка после проведенного лучевого или химио-лучевого лечения первичной опухоли остались раковые клетки, что подтверждено результатами гистологического исследования блоков удаленных тканей.

Все больные находились в четвертой стадии заболевания. Лишь у двух из них удалось провести операцию в два этапа: электрорезекцию языка с последующей СОГШД. У остальных четырех была выполнена одномоментно расширенная супраомогиодная шейная диссекция с половинной резекцией языка до надгортанника, дна полости рта, нижней челюсти. У трех из них, кроме того, резецирована ротоглотка,

гортаноглотка и мягкое небо. У двух больных резецирована внутренняя яремная вена в связи со сращением ее стенки с метастатическими лимфатическими узлами, у одного – добавочный нерв. По существу, оперативное лечение у этих четырех больных следует рассматривать как “операцию отчаяния”.

Двум больным пришлось выполнить трахеостомию для предупреждения обструкции верхних дыхательных путей в послеоперационном периоде.

Метастазы в регионарные лимфатические узлы выявлены у всех шести больных.

Один из этих больных жив в течение 1 года и 8 месяцев после операции, один умер через два года после операции, остальные четыре на осмотры не являлись и среди умерших по данным канцеррегистра Донецкого областного противоопухолевого центра не числятся.

Таким образом, у всех 22 больных раком языка различной локализации после консервативного лечения первичной опухоли в ней остались раковые клетки, а метастазирование первичной опухоли в регионарные лимфатические узлы, установленное при гистологическом исследовании препарата удаленных тканей, отмечено у 14 (63,6 %) больных.

Из 9 больных раком слизистой оболочки дна полости рта (ДПР) у 6 из них опухоль локализовалась в передней трети ДПР и у 3 – в средней трети.

После курса предоперационной ТГТ и ПХТ у 7 больных при изучении блока удаленных тканей после выполненных операций подтверждено наличие раковых клеток в первичной опухоли, а у двух – они отсутствовали.

Шести больным выполнена СОГШД в качестве второго этапа оперативного лечения, двум больным – РСОГШД и одному – СОГШД в блоке с первичной опухолью и прилежащими тканями.

Метастазы в регионарные лимфатические узлы выявлены у трех больных (у одного из них опухоль локализовалась в передней трети ДПР, а у двух – в средней трети).

Умерли четыре больных из девяти: один (Б-тин С.Г., мед.карта №770 за 2001 год) через четыре года после операции от других причин; два (Ц-кий С.И., мед.карта №15898/606 за 2003 г и К-чук И.И., мед.карта №2141 за 2007 г) через 3 и 1,5 месяца от продолженного роста первичной опухоли; один (Т-ов Ю.М., мед.карта №2406/92 за 2009 г) от удушья. У последнего больного после курса ТГТ 40 Гр произошло склерозирование тканей надподъязычной области от кожи вглубь, включая подкожную мышцу шеи, подлежащую клетчатку, мышцу дна полости рта, двубрюшную мышцу, поднижнечелюстную слюнную железу, подъязычный нерв, подъязычную кость, рото- и гортаноглотку. Глубина поражения тканей была выявлена при выполнении СОГШД. По этой же причине в связи с неудачными попытками интубации трахеи для проведения наркоза выполнена трахеостомия по Бьерку, введена трахеостомическая канюля. Склерозирование тканей продолжалось, и в послеоперационном периоде канюля была вытолкнута, ввести ее не удалось.

Остальные больные живы без признаков рецидивов и регионарных метастазов.

Предоперационная ТГТ и ПХТ также не была эффективной в лечении первичной опухоли у оперированных нами трех больных с локализацией рака в ретромолярной области. У одного больного с распространенностью опухоли T2N1M0, получившего 40 Гр ТГТ (З-ный О.М., мед.карта №7108 за 2007 год), наблюдался лечебный эффект от воздействия на регионарные лимфатические узлы: ПГЗ удаленного блока тканей от 19.04.07г №7707-09 – «жировая клетчатка, мышечная и фиброзная ткань с лимфатическими узлами, в которых очаги клеточных элементов в состоянии тотального некроза, переходящего на окружающие ткани. Клеточных разрастаний в сохраненном виде нет». Больной умер через 1год и 4 мес. от неустановленных причин.

Два других больных (Ш-ов Н. Ф., мед.карта №18316/696 за 2003г и К-ов А. И., мед.карта №21812 за 2005г), несмотря на еще большую распространенность первичной опухоли: T4 и T3 и верифицированные в блоках удаленных тканей регионарные метастазы, живы в сроках 3 и 5 лет после операции без рецидивов и метастазов. Первому больному, кроме СОГШД резецирована нижняя челюсть, боковая стенка глотки, мягкое и твердое небо; а второму – ветвь нижней челюсти, щека, ротоглотка с миндалиной, дно полости рта и внутренняя яремная вена.

У трех оперированных нами больных раковая язва локализовалась на десне: у двух из них (К-ва В.С., мед.карта №22811/788 за 2007г и М-ко А.И., мед.карта №10227/395 за 2008г) на нижней челюсти и у третьей (Е-ва А.А., мед.карта №22544/831 за 2009г) – на верхней. У первых двух больных после курса ТГТ 40 Гр (у второго больного и ПХТ) выполнена СОГШД и резекция нижней челюсти (у первой больной), а у второго больного резекция нижней челюсти от левого угла до 44 зуба, дна полости рта, фиксация языка, пластика дефекта дна полости рта кожно-жировым лоскутом на питающей ножке. Операция закончена наложением трахеостомы.

При гистологическом исследовании блока удаленных тканей в области нахождения первичной опухоли обнаружена деструкция тканей без атипических клеток и отсутствие регионарных метастазов в лимфатических узлах. Больные живы в течение трех и двух лет после операции без рецидива и метастазов.

Третья больная более года не обращалась за медицинской помощью. После биопсии, проведенной в поликлинике по месту жительства, установлен диагноз рака. После повторной биопсии в диагностическом центре этот диагноз отвергнут. Больная лечилась у пародонтолога, опухоль увеличивалась, удалялись корни 26 и 27 зубов из опухоли. После выполненной в третий раз биопсии подтвержден диагноз рака. Получила 30 Гр ТГТ. При поступлении в челюстно-лицевое отделение установлен диагноз рак верхней челюсти слева T4N3MX.

Через полтора года после начала заболевания (16.12.08г) произведена трахеостомия, супраомиоидная шейная диссекция слева, резекция левой половины верхней челюсти, экзартикуляция левой половины нижней челюсти, удаление содержимого левой подвисочной ямки вместе с блоком тканей. При ревизии послеоперационной раны обнаружены очаги де-

струкции костной ткани в области левого крыла основной кости.

При гистологическом исследовании от 16.12.08г №№ 22633-44, 22649-55, 22656-58 верифицирован «рак слизистой оболочки с широким распространением в мышечные ткани, жировую клетчатку и периферические отделы слюнной железы. Выявлены метастазы плоскоклеточного рака в лимфатические узлы, интрамукулярный метастаз. В отдельных препаратах крупный сосудистый пучок с наличием внутривенозного метастаза».

Таким образом, у больной имело место метастазирование как лимфогенным, так и гематогенным путем.

На спиральной КТ через 4 месяца после операции (от 14.04.09г) с в/в контрастированием (Томогексол – 350, 50 мл) обнаружено прорастание опухоли в среднюю черепную ямку и левую параселлярную область через левое большое крыло основной кости (с его деструкцией), в полость глазницы с опухолевой инвазией глазодвигательных мышц и зрительного нерва. Культи нижней челюсти без видимых патологических изменений. Деструктивных изменений в ней не выявлено. В зоне выполненной СОГШД лимфатические узлы не пальпируются.

Таким образом, из всех 37 оперированных нами больных с различной локализацией рака слизистой оболочки полости рта регионарные метастазы верифицированы у 20 (54,1 %). Из них 12 больных живы без регионарных метастазов и рецидивов первичной опухоли в сроки наблюдения от полугода до пяти лет. У одного больного наблюдалось метастазирование опухоли в регионарные лимфатические узлы противоположной от выполненной операции стороны. На стороне выполненной операции увеличенные лимфатические узлы отсутствовали. Три больные умерли от продолженного роста первичной опухоли. При этом в зоне выполненной супраомогиоидной шейной диссекции увеличения лимфатических узлов не было отмечено. Четыре больных для контрольного наблюдения не являлись и в канцеррегистре Донецкого областного онкологического центра среди умерших не числятся.

Нами проведено оперативное лечение 17 больных злокачественными опухолями слюнных желез. Выполнены операции супраомогиоидной и расширенной супраомогиоидной шейной диссекции в блоке с паротидэктомией или с поднижнечелюстной слюнной железой.

По результатам гистологического исследования блоков удаленных при операции тканей аденокарцинома слюнных желез наблюдалась у 10 больных, мукоэпидермоидная опухоль у 3 больных, цилиндрома – у 2 больных и озлокачествленная смешанная опухоль – у 2 больных. Самый молодой из наблюдаемых нами больных (В-ко И.А., 7 лет, мед. карта №22698/875 за 2009 год) оперирован в возрасте 7 лет по поводу рака левой околоушной слюнной железы T3N1Mx. Выполнена супраомогиоидная шейная диссекция слева, тотальная паротидэктомия. В блоке удаленных тканей верифицирован метастаз в один из яремных лимфатических узлов. Каждые полгода ребенок наблюдается с контрольным УЗИ. Через 2 года после операции при-

знаков рецидива и регионарных метастазов опухоли не отмечено. Левая бровь не поднимается. Подвижность левого нижнего века (при закрывании глаза веки смыкаются) и угла рта увеличилась при каждом контрольном осмотре.

Неожиданным для нас в этом наблюдении явилось значительное восстановление движения круговой мышцы глаза, круговой мышцы рта а также мышц, поднимающих верхнюю губу и угол рта, несмотря на выполненную тотальную паротидэктомию вместе с лицевым нервом.

Самый пожилой больной (Р-берг П.Н., 77 лет, мед. карта №678 за 2001 год) оперирован нами в возрасте 77 лет. Жил более 7 лет после операции. Умер 21.09.2008 года от других причин

При опухоли ограниченного размера, располагающейся в нижнем полюсе околоушной слюнной железы, мы предлагаем вместо традиционно принятой тотальной паротидэктомии с целью сохранения функционирования основных ветвей лицевого нерва выполнять разработанную нами [19] ампутацию околоушной слюнной железы ниже уровня прохождения ствола лицевого нерва. При этом электроножом отсекают околоушную слюнную железу ниже линии, соединяющей козелок уха с углом рта, и удаляют в блоке только одну краевую ветвь лицевого нерва.

Начинаем операцию с выполнения шейной лимфаденэктомии и заканчиваем присоединением к ранее выделенному блоку ампутированной околоушной слюнной железы. Такая операция выполнена двум больным. Оба больных живы в сроки наблюдения свыше 1,5 лет. При контрольных осмотрах и УЗИ признаков рецидива опухоли и метастазов не определялось. Оставшаяся часть железы обычной структуры.

При недостаточном и не футлярном удалении клетчатки шеи вместе с лимфатическими узлами выполнение последующей операции по поводу рецидива опухоли требует удаления в блоке тканей, не предусмотренных типичной операцией лимфаденэктомии. Так, больному П-еву Т.М.О., 64 лет по поводу рака левой поднижнечелюстной слюнной железы T4N1M0, состояние после комбинированного лечения, продолженного роста опухоли 18.12.07 выполнена операция: супраомогиоидная шейная диссекция слева с резекцией тела нижней челюсти и кожи поднижнечелюстной области и щеки. Дефект тканей после электроиссечения устранен путем перемещения скользящего кожно-жирового лоскута по Эссеру.

Через три с половиной года жив без признаков рецидива и метастазов. Мы полагаем, что при выполнении операций шейной лимфаденэктомии имеет значение не только объем удаляемых тканей, но также технология и продолжительность проведенной операции.

У наблюдавшейся нами больной (С-ко Г.Г., 54 лет, ист. бол. № 1500), оперированной в другом лечебном учреждении, несмотря на больший объем удаляемых тканей, чем при супраомогиоидной шейной диссекции (выполнено фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки) при раке поднижнечелюстной слюнной железы относительно небольшого размера и смещаемых регионарных лимфатических узлах наблюдалось, по нашему мнению, мплантационное метастазирование и продолженный рост опухоли.

Неудовлетворительный результат операции связан, по нашему мнению, с длительностью формирования блока удаляемых тканей (6 час 10 мин), его излишним травмированием, что привело к осеменению раны раковыми клетками.

При распространении опухоли поднижнечелюстной слюнной железы на нижнюю челюсть (больная Ш-ко Л.Г., 49 лет, ист. бол. №22761 за 2007г) проводили супраомогиодную шейную диссекцию с резекцией нижней челюсти в окружении ее мягкотканого футляра, включая парамандибулярную жировую щель. Через четыре года после операции жива без признаков рецидива опухоли.

Регионарное метастазирование опухолей слюнных желез на нашем материале наблюдалось в 29,4% случаев.

У одной из наших больных (П-нова А.З., 69 лет, мед. карта №17139/645 за 2008 год) с диагнозом: мукоэпидермоидная опухоль правой околоушной слюнной железы низкой степени дифференцировки с поражением глоточного отростка железы и распространением к основанию черепа, несмотря на проведенное комбинированное лечение, через 16 месяцев после супраомогиодной шейной диссекции и тотальной паротидэктомии отмечался неоперабельный рецидив первичной опухоли. Остальные больные, оперированные по усовершенствованным нами методикам, без рецидивов регионарных метастазов в период наблюдения от 1 года до 7 лет.

Выводы. 1. В 86,6 % наших наблюдений рака нижней губы и в 86,1 % случаев рака слизистой оболочки полости рта после лучевого лечения первичной опухоли верифицирован рак независимо от распространенности первичной опухоли. Поэтому мы считаем обязательным дополнением к лучевой терапии последующее за ней оперативное лечение первичной опухоли.

2. Регионарное метастазирование рака нижней губы на нашем материале составило 42,1 %, при раке слизистой оболочки полости рта 54,1 %, при раке слюнных желез в 29,4 % случаев, несмотря на то, что зоны регионарного метастазирования подвергались облучению. Поэтому мы считаем обязательной операцией шейной диссекции даже при наличии подвижных, мягких регионарных лимфатических узлов.

3. Супраомогиодная шейная диссекция с ее вариантами, выполненная по соответствующим показаниям и усовершенствованной нами методикой, является эффективным средством лечения регионарных метастазов рака челюстно-лицевой области потому, что в блоке удаляемых тканей гарантированно включаются лимфатические узлы I, II, III и V-го уровней метастазирования, в том числе, коллекторные и интегральные яремно-двубрюшный и яремно - лопаточно-подъязычный лимфатические узлы.

4. При локализации небольшого размера опухоли в нижнем полюсе околоушной слюнной железы имеется возможность сохранения функции основных ветвей лицевого нерва путем ампутации железы ниже его ствола.

Список литературы

1. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге в 1996 году (заболеваемость, смертность, летальность, выживаемость).

Статистический ежегодник PPP / Под ред. В. М. Мерабшвили. - СПб., 1999.- 219 с.

2. **Веригина А. Д.** О нормативах стационарной помощи для лечения больных злокачественными новообразованиями головы и шеи // Вопросы онкологии.- 1978.- Т.24, №6.- С. 77-81.

3. **Пачес А. И.** Опухоли головы и шеи. / Пачес А. И. - М.: «Медицина», 1983.- 417с.

4. **Ariyan S.,** Chicarilli Z.N., Son Y.H. Cancer of the oral cavity //: Cancer of the Head and Neck. /Edit. :Stefan Ariyan, M.D.- St. Louis; Washington,D.C.; Toronto: The C. V. Mosby Company, 1987.- P. 197-250.

5. **Федяев И. М.** Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. / Федяев И. М., Байриков И.М., Белова Л.П. - М: «Медицинская книга»; Н.-Новгород: «НГМА», 2000.-160с.

6. **Kanke M.,** Masato F., Ohno Y., Kanzaki J. Result of treatment of squamous cell carcinoma of the tongue and floor of the mouth // Nippon Jibiinkokf Gakkai Kaiho- 1998.-Vol. 101, N 5.- P. 586-594/

7. **Malata C. M.,** Camilleri I.J., McLean N/R/ Metastatic tumour-sof the parotid gland //Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.- 1998.-Vol. 36, N3.- P. 190-195.

8. **Yoshimura Y.,** Mishima K., Obara S. Clinical characteristics of oral adenosquamous carcinoma: report of a case and an analysis of the reported Japanese cases //Oral. Oncol.-2003.-Vol. 39, N3.-P. 309-315.

9. **Патент** на корисну модель №41425 Україна, МКИ А 61 В 17/00. Спосіб виконання супрамогіодної та супраомогіодної шийної дисекції / Центіло В.Г., Крайнікова Е.В.; заявник і власник Донецький національний медичний університет ім. М.Горького.- № у 200813818; заявл. 01.12.2008; опубл. 25.05.2009, Бюл.№ 10.

10. **Тищенко Н. А.** Радикальна операція видалення регіонарних лимфоузлов при раке нижньої губи //Автореф. Дисс. канд. мед. наук: 14.01.07 / Ленинградский НИИ онкологии.- Л.,1958.- 16 с.

11. **Центіло В. Г.** Методические подходы к изучению особенностей хирургической анатомии надподъязычной области и сонного треугольника в плане обеспечения футлярности операций шейной диссекции // Морфология.-Санкт-Петербург, 2005.- №5.- С. 78-80.

12. **Центіло В. Г.** Экспериментальное обоснование формирования новых блоков удаляемых тканей при лимфаденэктомии по поводу рака челюстно-лицевой области // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.-Київ, 1999.- №1.- V3.- С.47-53.

13. **Центіло В. Г.** Узловые вопросы техники выполнения верхней шейной экзцизии при лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области //Вестник стоматологии.- Одесса, 2000.- №4.- С39-41.

14. **Центіло В. Г.** Онкостоматология. / Центіло В. Г., Ярова С. П., Ніканоров Ю. О. - Донецьк.- 2008.- 157 с.

15. **Патент** на корисну модель №51325, Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб виконання розширеної супраомогіодної шийної дисекції / Центіло В.Г., Крайнікова Е.В.; заявник і власник Донецький національний медичний університет. - № у 2010 00796; заявл. 27.01.2010; опубл. 12.07.2010 р. Бюл.№13.

16. **Пат. 35236** Україна, МПК (2006) А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування злоякісних пухлин привушної слинної залози, що виникають з глоткового відростка слинної залози та розповсюджуються у бік основи черепа та глотки /Центіло В.Г., Жданов В.Є.: Донецький мед. ун-т.- у 2008 13771; заявл. 01.12.08, опубл. 25.05.2009 р. Бюл.№ 10.

17. **Пат. 2112440** Российская Федерация, МПК А 61 В 17/24 Спосіб хірургічного лікування циліндром (цистоаденоїдних карцином) поднижнечелюстної слюної залози с клінічними негативними регіонарними метастазами /Центіло В.Г.; заявитель і патентообладатель Донецький державний медичний університет ім. М.Горького (UA).-№95112798; заявл. 25.07.1995; опубл. 10.06.1998.-Бюлл. - №16.

18. Пат. 48501 Україна, МПК (2001) А61В 17/00. Спосіб фасціально-футлярного видалення пухлин сонного трикутника / Центіло В.Г.: Донецький мед. ун-т.- у 2001096361; заявл. 17.09.01, опубл. 15.03.2005 р. Бюл.№ 3.

19. **Пат. 59283** Україна, МПК (2011) А61В 17/00. Спосіб оперативного лікування обмежених злоякісних пухлин привушної слинної залози, які локалізуються в нижньому її полюсі / Центіло В. Г, Крайнікова Е. В.: Донецький мед. ун-т.- у 2010 12473; заявл. 22.10.10, опубл. 10.05.2011 р. Бюл.№ 9.

Поступила 21.02.12

