

**ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И ХИРУРГИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА
НИЖНЕЙ ГУБЫ I–II СТАДИЙ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Легеца Н. В., Драйцев И. И., Борисенко О. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Рак губы — частая злокачественная опухоль челюстно-лицевой области [2, 5]. Заболеваемость в РБ в последние годы находится в пределах 2,0–2,2 случаев на 100 тыс. населения [1]. В 98 % случаев опухоль локализуется на нижней губе [1–5]. У большинства пациентов новообразования выявляются на стадиях T1–2 N0 M0 [2, 3, 5]. Метастазы в регионарных лимфатических узлах до начала лечения выявляются у 5–10 % больных [1, 2, 4,]. Основными способами терапии рака нижней губы (РНГ) являются хирургический и лучевой. Выбор метода определяется эффективностью лечения и качеством жизни после [1, 3–5].

Цель

Сравнить результаты лучевого и хирургического лечения первичного РНГ (ПРНГ) I–II стадий.

Задачи:

- 1) сравнить частоту локальных рецидивов после лучевого и хирургического лечения первичного рака НГ;
- 2) сравнить частоту и длительность ранних осложнений после лучевого (острая лучевая реакция 3 ст.) и хирургического лечения (диастаз краев раны слизистой оболочки; краевой некроз лоскута) первичного рака НГ;
- 3) сравнить частоту поздних осложнений после лучевого (поздние лучевые поражения 3 и 4 ст.) и хирургического лечения (дисфункция угла рта; рубцовая деформация) первичного о рака НГ.

Материал и методы исследования

Аналізу подверглись результаты лечения 471 пациентов с ПРНГ. Средний возраст $67,8 \pm 10,3$ лет, женщин — 120, мужчин — 351, в стадиях: T1 N0 M0 — 317, T2 N0 M0 — 154. У всех пациентов гистологически подтвержден плоскоклеточный рак. Из них лучевая терапия (ЛТ) проводилась 303 пациентам. Стадии T1 N0 M0 — 191, T2 N0 M0 — 112. Близкофокусная рентгенотерапия (БФРТ) как самостоятельный метод была проведена 221 пациентом, контактную лучевую терапию (КЛТ) провели 82 пациентам. Хирургическое лечение (ХЛ) проводилось 168 пациентам, всем пациентам после резекции НГ было выполнено пластическое замещение дефекта различными методами. Стадии T1 N0 M0 — 126, T2 N0 M0 — 42. При статистической обработке полученных результатов применялась программа «Statistica» 6.0 (StatSoft, USA), использовались методы непараметрического анализа (критерий χ^2 с поправкой Yates).

Результаты исследования и их обсуждение

Число локальных рецидивов в течение 5 лет наблюдения после лечения РНГ составило 37 (7,9 %) от общего числа пациентов, в т. ч. после ЛТ — 32 (10,6 %), после хирургического 5 (3 %). При I стадии РНГ рецидивы наблюдались у 19 (6,3 %) после ЛТ и у 3 (1,8 %) пациентов после ХЛ. Частота рецидивов после ЛТ РНГ стадии T1 N0 M0 статистически значимо выше, чем при ХЛ, $p < 0,05$. При II стадии РНГ ЛТ рецидивы наблюдались у 13 (4,3 %) и у 2 (1,2 %) пациентов после ХЛ. Частота рецидивов после ЛТ РНГ стадии T2 N0 M0 статистически значимо выше, чем при ХЛ, $p < 0,05$. Ранние осложнения послеоперационного периода: диастаз краев раны, краевой некроз лоскута встречались у 7 (4,2 %) пациентов. У всех пациентов к моменту окончания ЛТ регистрировалась острая лучевая реакция 3 степени. Длительность эпителизации эрозий свыше 60 суток от начала ЛТ для T1 N0 M0

и для T2 N0 M0 наблюдалась у 34 (11,2 %) пациентов. Частота ранних послеоперационных осложнений при ХЛ статистически значимо ниже, чем частота случаев замедленного купирования острой лучевой реакции при ЛТ, $p < 0,05$. При сохранении дефекта покровных тканей НГ после 90 суток состояние трактовалось как позднее лучевое повреждение. Поздние осложнения послеоперационного периода наблюдались у 19 (11,3 %) пациентов: дисфункция угла рта 4 (2,4 %) случая и рубцовая деформация 15 (8,9 %) пациентов. Поздние лучевые повреждения 3–4 ст. (выраженные телеангиэктазии, атрофический дерматит с эрозированием, лучевая язва НГ) наблюдались у 25 (8,3 %) пациентов и требовали медикаментозной терапии, а также дифференцировки с рецидивом РНГ. Сравнение частоты поздних осложнений после ЛТ и после ХЛ РНГ не выявило статистически значимых различий, $p > 0,05$.

Выводы

Частота локальных рецидивов РНГ I и II стадии статистически значимо выше после ЛТ, чем после ХЛ. Частота ранних послеоперационных осложнений при ХЛ РНГ I и II стадии статистически значимо ниже, чем частота случаев замедленного купирования острой лучевой реакции при ЛТ РНГ I и II стадии. Частота стойких послеоперационных осложнений при ХЛ РНГ I и II стадии и поздних лучевых повреждений при ЛТ РНГ I и II стадии не имеет статистически значимого различия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Залуцкий, И. В. Опухоли губы / И. В. Залуцкий, А. Г. Жуковец // Клиническая онкология: справ. пособие / С. З. Фрадкин [и др.]; под ред. С. З. Фрадкина, И. В. Залуцкого. — Минск: Беларусь, 2003. — С. 299–304.
2. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М.: Медицина, 2000. — С. 126–141.
3. Трапезников, Н. Н. Онкология / Н. Н. Трапезников, А. А. Шайн. — М.: Медицина, 1992. — С. 124–136.
4. Цыбырнэ, Г. А. Рак нижней губы / Г. А. Цыбырнэ, Н. М. Годорожа. — Кишинев: Штиинца, 1978. — 116 с.
5. Baker, S. R. Squamous Cancer of the Lip / S. R. Baker // Curr. Ther. Otolaryngol.-Head and Neck Surg. — 1982–1983. — P. 155–158.

УДК 616.13-089

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕЦЕЛЛЮЛЯРИЗОВАННОГО ФАСЦИАЛЬНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

Легеза Н. В., Гуреев С. А.

Научный руководитель: ассистент С. А. Гуреев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из проблем реконструктивных операций в сосудистой хирургии остается выбор сосудистого трансплантата, отвечающего ряду требований и подходящего для конкретной клинической ситуации. Многочисленные наблюдения показывают, что использование синтетических сосудистых протезов, в ряде процентов случаев, осложняются тромбозами, отторжением сосудистого трансплантата, формированием ложных аневризм в области анастомозов и инфекционными осложнениями [1]. Развитие современной клеточной и тканевой инженерии, позволяет получать *in vitro* трансплантаты из аутологичных клеток. Основными видами таких трансплантатов являются следующие: 1) сосудистый трансплантат с применением синтетических каркасных основ в комбинации с аутологичными клетками; 2) сосудистый трансплантат без синтетического каркаса с использованием только аутологичных клеток [2]. Для создания аутоотрансплантов с использованием синтетического каркаса чаще используется полипропиленовая сетка или уже готовый сосудистый синтетический протез, на которые наращивается слой аутологичных клеток. Однако перспективным направлением биоинженерии аутоотрансплантов сосудов — это создание его полностью из тканей пациента без применения синтетических материалов [4]. Аутоотрансплантат без применения синтетического основ имеет как ряд преимуществ, так и один значительный недостаток — тонкостенность и слабость его стенки, из-за которой он не способен