

Временная трахеостомия как этап комбинированного лечения больных раком слизистой оболочки полости рта. Количественная оценка степени функциональных нарушений при медико-социальной экспертизе у данного контингента больных

С.Б. Шахсуварян, О.Ю. Верташ

ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России; Россия, 127486 Москва, ул. Ивана Сусанина, 3

Контакты: Самвел Бугданович Шахсуварян niti13@mail.ru

В статье приведены этиологические факторы, способствующие развитию рака слизистой оболочки полости рта, представлена международная классификация TNM (Губа и полость рта). Определены критерии оценки функциональных нарушений, возникающих вследствие рака слизистой оболочки полости рта или в результате его лечения, по степени выраженности и соответствующая количественная оценка степени нарушений функций организма в процентах.

Ключевые слова: рак полости рта, временная трахеостомия, морфология, плоскоклеточный рак, медико-социальная экспертиза, количественная оценка степени функциональных нарушений

DOI: 10.17650/2222-1468-2017-7-3-53-60

Temporary tracheostomy as a stage of combined treatment of patients with oral cancer. Quantitative estimation of functional disorders during medico-social expertise

S.B. Shakhshuvaryan, O. Yu. Vertash

Federal Bureau of Medico-Social Expertise, Ministry of Labour of Russia; 3 Ivan Susanin St., Moscow 127486, Russia

The article gives an overview of etiological factors promoting oral cancer development and describes its histological classification and international TNM classification (lip and oral cavity). We established the criteria for the evaluation of functional disorders induced by oral cancer or its treatment depending on the severity and developed a system for quantitative estimation of functional disorders in per cents.

Key words: oral cancer, temporary tracheostomy, morphology, squamous cell carcinoma, medico-social expertise, quantitative estimation of functional disorders

Рак слизистой оболочки полости рта — это злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов неороговевающего эпителия слизистой оболочки щек, неба, десен, дна ротовой полости и языка [1]. Патологические процессы слизистой оболочки полости рта в значительной мере обусловлены вредными привычками — курением, употреблением крепких спиртных напитков, а в некоторых случаях воздействием производственных факторов, например сажевой пыли. Определенное значение в развитии предопухолевых состояний имеет также и характер питания: сниженное содержание в пище витамина А или его недостаточное усвоение организмом приводят к нарушению процессов ороговения.

Среди этиологических факторов развития рака слизистой оболочки полости рта необходимо также выделить следующее: хроническую инфекцию в полости рта, хроническую травматизацию слизистой

оболочки полости рта (при наличии кариозных зубов, некачественных зубных протезов и т.д.) [2]. Несомненно, вредное воздействие оказывает и постоянное употребление горячей и/или острой пищи. Эти раздражители при плохой гигиене полости рта способствуют формированию предопухолевых поражений слизистой оболочки, которые предшествуют появлению рака у 20–70 % больных. Предопухолевые заболевания чаще возникают у мужчин в возрасте 40–45 лет и старше.

Распространенность злокачественных новообразований полости рта в Российской Федерации растет. Данный показатель в 2014 г. составил 25,3 на 100 тыс. населения (в 2013 г. он был равен 24,4). За последние годы в нашей стране существенно улучшилась оснащенность медицинских учреждений высокоэффективным диагностическим оборудованием, появились новые диагностические методики. Однако, несмотря на возросшие диагностические возможности, удельный вес больных, у которых заболе-

вание выявлено на ранних стадиях опухолевого процесса, и активно выявленных больных невелик, особенно при визуальных формах опухолей, в том числе при раке слизистой оболочки полости рта.

В 2014 г. в Российской Федерации на I–II стадии заболевания были диагностированы 36,1 % злокачественных новообразований (2013 г. – 36,4 %), на III стадии – 32,4 % (33,2 %), на IV стадии (с запущенным опухолевым процессом) – 29,6 % (28,4 %). Летальность больных со злокачественными новообразованиями полости рта в 2014 г. с момента установления диагноза (из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году) равнялась 34,8 % (2013 г. – 35,0 %) [3].

В 2015 г. стандартизированные показатели заболеваемости раком гортани в РФ среди мужчин составили 9,24 на 100 тыс. населения, среди женщин – 3,43, в этом году были зарегистрированы 6268 новых случаев рака слизистой оболочки полости рта [4].

Классификация TNM (губа и полость рта)

Степень распространенности эпителиальных злокачественных опухолей полости рта представлена в классификации TNM 2011 г. (7-е изд.) [5].

Правила классификации

Классификацию применяют к карциномам красной поверхности (красной каймы) губ и ротовой полости, в том числе к карциномам малых слюнных желез. Требуется гистологическое подтверждение новообразования. Для определения критериев T, N и M показано проведение физикального обследования и лучевые методы исследования.

Анатомические области и отделы

Губа

1. Наружная поверхность верхней губы (красная кайма).
2. Наружная поверхность нижней губы (красная кайма).
3. Комиссуры (спайки).

Полость рта

1. Слизистая оболочка полости рта:
 - (I) слизистая оболочка верхней и нижней губ,
 - (II) слизистая оболочка щеки,
 - (III) позадиомыльная область,
 - (IV) щечно-альвеолярная борозда: верхняя и нижняя (преддверие рта).
2. Верхняя альвеола и десна (верхняя десна).
3. Нижняя альвеола и десна (нижняя десна).
4. Твердое небо.
5. Язык:
 - (I) верхняя (дорсальная) поверхность и латеральные отделы спереди от желобовидных сосочков (передние 2/3),

(II) нижняя (вентральная) поверхность.

6. Дно полости рта.

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются узлы шеи.

Клиническая классификация TNM

T – первичная опухоль:

- TX – первичная опухоль не может быть оценена;
- T0 – данные о первичной опухоли отсутствуют;
- Tis – карцинома *in situ*;
- T1 – опухоль не более 2 см в наибольшем измерении;
- T2 – опухоль более 2 см, но не более 4 см в наибольшем измерении;
- T3 – опухоль более 4 см в наибольшем измерении;
- T4:
 - T4a – *губа*: опухоль прорастает в кортикальный слой кости, нижний альвеолярный нерв, дно ротовой полости или кожу (подбородка или носа); *полость рта*: опухоль прорастает в кортикальный слой кости, глубокие/наружные мышцы языка (подбородочно-язычную, подъязычно-язычную, небно-язычную и шиловидную), верхнечелюстную пазуху или кожу лица;
 - T4b – *губа и полость рта*: опухоль прорастает в жевательное пространство, крыловидную пластинку, основание черепа или внутреннюю сонную артерию.

Примечание. Первичная поверхностная эрозия кости/зубов в области лунки десны не является основанием для классификации опухоли как T4.

N – регионарные лимфатические узлы:

- NX – регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены;
- N0 – метастазы в регионарных лимфатических узлах отсутствуют;
- N1 – метастаз не более 3 см в наибольшем измерении в 1 лимфатическом узле на стороне поражения;
- N2:
 - N2a – метастаз более 3 см, но менее 6 см в наибольшем измерении в 1 лимфатическом узле на стороне поражения,
 - N2b – метастазы не более 6 см в наибольшем измерении в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения,
 - N2c – метастазы не более 6 см в наибольшем измерении в лимфатических узлах с 2 сторон или с противоположной стороны;
- N3 – метастаз более 6 см в наибольшем измерении в лимфатическом узле.

Примечание. Срединные лимфатические узлы рассматривают как узлы на стороне поражения.

M – отдаленные метастазы:

- M0 – отдаленные метастазы отсутствуют;
- M1 – есть отдаленные метастазы.

Патологоанатомическая классификация pTNM

Категории:

- pT и pN — соответствуют категориям T и N;
- pM — отдаленный метастаз подтвержден при гистологическом исследовании;
- pN0 — гистологическое исследование при частичной лимфодиссекции узлов шеи должно включать не менее 6 лимфатических узлов, при радикальной или модифицированной лимфодиссекции узлов шеи — не менее 10 лимфатических узлов.

Примечание. Если в лимфатических узлах метастазы не выявлены, но исследовано меньшее количество узлов, то случай классифицируют как pN0.

Если для классификации pN в качестве критерия используют размер метастаза, то измеряют его, а не весь лимфатический узел.

Гистологическая классификация TNM

G — гистологическая степень злокачественности

- GX — степень дифференцировки не может быть определена;
- G1 — высокодифференцированная,
- G2 — умеренно-дифференцированная,
- G3 — низкодифференцированная,
- G4 — недифференцированная.

При определении рака слизистой оболочки полости рта по стадиям учитываются параметры TNM (табл. 1).

В 97 % случаев злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта представлены плоскоклеточным раком, реже аденокарциномой (из малых слюнных желез) и саркомами.

Таблица 1. Распределение рака слизистой оболочки полости рта по стадиям с учетом параметров TNM

Table 1. Staging of the oral cancer according to the TNM classification system

Стадия Stage	Категория TNM TNM category		
	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1		
II	T2		
III	T3	N1	
	T1, T2, T3		
IVA	T4	N0, N1	
	T1, T2, T3 T4a	N2	
IVB	Любая T Any T	N3	
	T4b	Любая N Any N	
IVC	Любая T Any T		M1

Разновидности плоскоклеточного рака:

а) веррукозная карцинома — микроскопически представлена большими пластами ороговевшего эпителия с булавовидными эндофитными эпителиальными выростами; довольно быстро разрушает окружающие ткани;

б) веретенноклеточная карцинома — опухолевые клетки веретенообразной формы; напоминают саркому, что может приводить к диагностическим ошибкам; очаги ороговения и митоза обнаруживаются редко; данный вид рака обладает более высокой степенью злокачественности по сравнению с предыдущим;

с) лимфоэпителиома (опухоль Шминке) — эпителиальный компонент представлен крупными светлыми клетками с ахроматичным пузырьковидным ядром с ядрышками; цитоплазматические отростки эпителиальных клеток, соприкасаясь друг с другом, образуют ретикулум, в петлях которого расположены лимфоидные элементы; характеризуется высокой степенью злокачественности; локализуется обычно в небных миндалинах, носоглотке и задней трети языка — областях, богатых лимфоидной тканью.

Интраэпителиальная карцинома (карцинома *in situ*) встречается редко и характеризуется проявлениями малигнизации всего эпителия и выраженного клеточного полиморфизма при сохранной базальной мембране.

Международная гистологическая классификация опухолей полости рта и ротоглотки (7-е издание)

I. Опухоли, исходящие из многослойного плоского эпителия

A. Доброкачественные:

1. Плоскоклеточная папиллома.

Б. Злокачественные:

1. Интраэпителиальная карцинома (карцинома *in situ*).
2. Плоскоклеточный рак.
3. Разновидности плоскоклеточного рака:
 - а) веррукозная карцинома,
 - б) веретенноклеточная карцинома,
 - с) лимфоэпителиома.

II. Опухоли, исходящие из железистого эпителия

III. Опухоли, исходящие из мягких тканей

A. Доброкачественные:

1. Фиброма.
2. Липома.
3. Лейомиома.
4. Рабдомиома.
5. Хондрома.
6. Остеохондрома.
7. Гемангиома:
 - а) капиллярная,
 - б) кавернозная.
8. Доброкачественная гемангиоперицитома.

9. Лимфангиома:

- a) капиллярная,
- b) кавернозная.

10. Нейрофиброма.

11. Неврилеммома (шваннома).

Б. Злокачественные:

1. Фибросаркома.
2. Липосаркома.
3. Лейомиосаркома.
4. Рабдомиосаркома.
5. Хондросаркома.
6. Злокачественная гемангиоэндотелиома (ангиосаркома).
7. Злокачественная гемангиоперицитомма.
8. Злокачественная лимфангиоэндотелиома (лимфангиосаркома).
9. Злокачественная шваннома.

IV. Опухоли, исходящие из меланогенной системы**А. Доброкачественные:**

1. Пигментный невус.
2. Непигментный невус.

Б. Злокачественные:

1. Злокачественная меланома.

V. Опухоли спорного или неясного гистогенеза**А. Доброкачественные:**

1. Миксома.
2. Зернистоклеточная опухоль (зернистоклеточная «миобластома»).
3. Врожденная «миобластома».

Б. Злокачественные:

1. Злокачественная зернистоклеточная опухоль.
2. Альвеолярная мягкотканная саркома.
3. Саркома Капоши.

VI. Неклассифицированные опухоли**VII. Опухольеподобные состояния**

1. Обычная бородавка.
2. Сосочковая гиперплазия.
3. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.
4. Слизистая киста.
5. Фиброзное разрастание.
6. Врожденный фиброматоз.
7. Ксантогранулема.
8. Пиогенная гранулема.
9. Периферическая гигантоклеточная гранулема (гигантоклеточный эпуйд).
10. Травматическая неврома.
11. Нейрофиброматоз.

Клиническая картина рака слизистых оболочек полости рта зависит от локализации, формы роста и гистологического строения опухоли.

Начальный период в большинстве случаев проявляется безболезненными уплотнениями, трещинами, эрозиями, не поддающимися консервативному лечению. Прием пищи, особенно острой или раздражающей, вызывает неприятные ощущения в виде жжения, покалывания.

Развитой период характеризуется появлением многочисленных симптомов. Почти всех больных беспокоят боли разной интенсивности, которые имеют сначала локальный, а по мере развития опухолевого процесса приобретают иррадиирующий характер, становятся крайне мучительными. Раздражение слизистой оболочки продуктами распада опухоли приводит к гиперсаливации. В зависимости от роста опухоли (внутри ткани или снаруж) выделяют соответственно 2 клинические формы, сопровождающиеся деструктивными или продуктивными изменениями: экзофитную (папиллярная и язвенная) и эндофитную (язвенно-инфильтративная и инфильтративная) [6]. Эндофитные опухоли распространяются диффузно и протекают более злокачественно. Рост экзофитных опухолей ограничен. Уточнение характера роста опухоли необходимо для определения тактики лечения.

Период запущенности начинается с разрушения опухоли окружающих тканей, встречается только при исключительно агрессивных злокачественных новообразованиях.

Комплексная диагностика

Рак слизистой оболочки полости рта относится к визуальным формам рака, однако, как отмечалось выше, запущенные (III–IV) стадии опухолевого процесса регистрируются у вновь выявленных больных более чем в половине случаев. Причинами запущенности являются не только поздняя обращаемость, но и отсутствие онкологической настороженности как у больного, так и у врачей общей лечебной сети.

Обследование пациентов с патологическими процессами в полости рта должно включать:

- тщательный осмотр полости рта и пальпацию патологического образования;
- соскоб или мазки с эрозированных или язвенных поверхностей для цитологического исследования;
- пункцию увеличенных лимфатических узлов;
- биопсию опухоли;
- рентгенологическое исследование нижней и верхней челюстей, включая ортопантомографию при локализации процесса в этих областях;
- ультразвуковое исследование области шеи;
- компьютерную томографию (по показаниям).

Трансоральная ультразвуковая томография у больных раком языка позволяет оценить такие важные характеристики первичной опухоли, как ее толщина и расстояние от края опухоли до средней линии языка, а следовательно — частоту регионарного метастазиро-

вания и прогноз, что определяет объем оперативного вмешательства [7].

Морфологическое исследование на современном этапе выявляет не только опухолевую принадлежность материала биопсии и гистологическое строение рака, но и признаки, характеризующие структуру плоскоклеточного рака: степень дифференцировки, клеточного и ядерного полиморфизма, митотической активности. Анализируют также форму роста опухоли в окружающих тканях, распространенность опухолевой инфильтрации в сосуды и степень выраженности лимфоцитарной реакции. Все эти данные необходимы для прогнозирования течения заболевания и выбора метода лечения.

Цитологическое исследование отпечатков и соскобов с первичной опухоли позволяет качественно и количественно оценить клеточный состав и имеет особенно важное значение в дифференциальной диагностике небольших по размеру опухолей и предопухолевых заболеваний.

С.Б. Шахсуварян [8], изучая результаты лечения больных раком слизистой оболочки полости рта, которые нуждались в наложении временной трахеостомы, провел ретроспективный анализ собственных наблюдений, которые с 1983 по 1986 г. получали лечение во Всесоюзном онкологическом научном центре (ныне ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России).

Операции в полости рта сопровождаются значительным инфицированием раны. Стеноз дыхательных путей наступает, как правило, на уровне корня языка и в ротоглотке. Из общего числа ($n = 55$) наблюдаемых в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина больных половинная электрорезекция языка, тканей дна полости рта, резекция нижней челюсти, фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи с одномоментной пластикой проведена 45 больным, надподъязычная фаринготомия и удаление опухоли корня языка — 9, криодеструкция опухоли языка — 1.

Временная трахеостомия осуществлялась в тех случаях, когда на основании изучения планируемого радикального оперативного вмешательства можно было заранее предположить возможность развития дыхательной недостаточности сразу же после окончания или в раннем послеоперационном периоде. Показанием для нее являлась и трудность интубации через верхние дыхательные пути. Временная трахеостомия перед основной операцией была выполнена под местной анестезией 6 больным из 55. После основной операции трахеостома наложена 49 больным. Временную трахеостомию осуществили у 10 пациентов во избежание нарушения проходимости верхних дыхательных путей из-за возможного отека мягких тканей подъязычной области после удаления опухоли корня языка. У 45 больных показанием к временной трахеостомии

было нарушение проходимости верхних дыхательных путей из-за возможного западения языка после резекций нижней челюсти и тканей дна полости рта. Правильность такого подхода к трахеостомии при расширенных операциях по поводу злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта подтверждается тем, что мы не наблюдали осложнений, связанных с расстройствами дыхания, ни у одного пациента.

Как показали исследования, наиболее часто для временной трахеостомии использовали вертикальный кожный разрез (55 больных). Этот разрез, как правило, хорошо сочетается с разрезами для доступа к основному очагу опухоли и не нарушает кровоснабжение кожных лоскутов на шее. Поперечный кожный разрез при временных трахеостомиях, сторонниками которого являются И.И. Сендульский [9], М.И. Кузин [10] и др., у этой группы больных мы не применяли, чтобы не нарушать питания кожных лоскутов.

Верхняя трахеостомия была проведена 15 пациентам, средняя — 20, нижняя — также 20 (табл. 2).

Обращает внимание значительное число верхних трахеостомий (15 на 55 операций, т. е. 27,4 %). Это относилось преимущественно к 1-му этапу работы, когда наложению временных трахеостомий не уделялось столь пристального внимания. По мере накопления клинических данных было отмечено, что при верхней трахеостомии осложнения, в частности стенозы, возникают более часто.

Вскрытие трахеи проводилось, как правило, поперечным разрезом между полукольцами с иссечением переднего фрагмента одного из них. Этот этап операции мы осуществляли с целью предупреждения асфиксии при выпадении трахеостомической трубки.

После операций по поводу рака слизистой оболочки полости рта с пластикой дефекта кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке трахеостомическую трубку фиксировали 2 лигатурами к коже передней поверхности щек во избежание нарушения микроциркуляции лоскута (см. рисунок).

Из поздних осложнений заслуживают внимания рубцовые стенозы. Это осложнение имело место у 2 больных (3,6 %). Они возникали при хондроперихондритах и неправильно подобранной трахеостомической трубке: длительное канюленосительство приводило к западению передней стенки трахеи над трубкой и обуславливало возникновение хронического стеноза. В этих наблюдениях сужение обычно локализовалось в подскладочном отделе.

Как видно из представленных данных, из 55 больных у 36 (65,4 %) деканюляция осуществлялась в сроки до 1 мес (что можно считать оптимальным с учетом объема проводимых оперативных вмешательств на первичном очаге и зонах регионарного метастазирования), у 17 больных — от 1,5 мес и более. Длительный срок канюленосительства был связан не с заживлением трахео-

Таблица 2. Характер основной операции и виды временных трахеостомий

Table 2. Types of the main surgery and temporary tracheostomy

Характер операции Type of surgery	Число больных Number of patients			
	Всего Total	Вид трахеостомии Type of tracheostomy		
		верхняя upper	средняя middle	нижняя lower
Надподъязычная фаринготомия и удаление опухоли корня языка Suprahyoid pharyngotomy and the removal of the tongue base tumor	9	4	1	4
Криодеструкция опухоли языка Cryodestruction of the tongue tumor	1	—	—	1
Половинная электрорезекция языка, тканей дна полости рта; резекция нижней челюсти; фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи и одномоментная пластика Half electroresection of the tongue and oral floor tissues; mandible resection; fasciale-casing excision of the neck tissues with simultaneous plastic surgery	22	5	11	6
Резекция нижней челюсти, тканей дна полости рта; фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи и одномоментная пластика Resection of the mandible and oral floor tissues; fasciale-casing excision of the neck tissues with simultaneous plastic surgery	23	6	8	9
Итого, абс. (%) <i>Total, abs. (%)</i>	55 (100)	15 (27,4)	20 (36,3)	20 (36,3)



Фиксация трахеостомической трубки к коже шеи при расширенных операциях на полости рта

Fixation of the tracheostomy tube to the skin of the neck during extensive oral surgeries

стомы, а с нарушением акта глотания и возможностью возникновения аспирационной пневмонии. В свою очередь эти функциональные нарушения, как правило, наблюдались у больных с некрозами кожно-мышечных лоскутов и длительным заживлением основных ран.

Лечение рака слизистой оболочки полости рта

Лечение больных раком слизистой оболочки полости рта включает лечение первичного очага и регионарных метастазов. Лечебная тактика определяется распространенностью опухолевого процесса, но разрабатывается индивидуально для каждого больного. Индивидуальный подход заключается в необходимости учета ряда факторов, таких как стадия заболевания, морфологическая и клиническая степени злокачественности опухоли, возраст, соматическое состояние.

Для лечения первичного очага применяют лучевой, комбинированный, химиолучевой, комплексный, хирургический, криогенный методы, однако ввиду ограниченного формата публикации мы не останавливаемся на методах лечения, так как они детально изложены в различных руководствах, посвященных описанию опухолей головы и шеи [2, 11–13].

Медико-социальная экспертиза при раке слизистой оболочки полости рта

Экспертно-реабилитационная диагностика у данного контингента больных проводится с учетом как клинико-морфологических характеристик опухолевого процесса, так и результатов проведенного лечения, наличия осложнений. Экспертное решение выносится на основании комплексной оценки состояния больного и степени выраженности выявленных у него функциональных нарушений.

Незначительные нарушения функций. Стадия T1–2N0M0 — поражение передних и средних отделов с возможностью излечения первичного очага применением сочетанного лучевого лечения; остаточная или нечувствительная к облучению опухоль с возможностью излечения выполнением хирургического вмешательства — широкое электроиссечение опухоли (для рака языка — половинная электрорезекция языка) или криогенного воздействия на остаточную опухоль. Больные с I и II стадиями рака подвижной части языка после излечения первичного очага остаются под динамическим наблюдением. Речевые нарушения отсутствуют. *Незначительные нарушения функций организма в этих случаях составляют 30 %.*

Умеренные нарушения функций. Стадия T3N0M0 — комбинированное лечение, включающее предоперационную лучевую терапию (35–40 Гр), после которой через 3–4 нед выполняется широкое иссечение первичного очага опухоли и зон регионарного метастазирования. Операция на первичном очаге предполагает удаление блока тканей, в который входит несколько анатомических областей, и требует использования различных методов с перемещением кожных и кожно-мышечных лоскутов для замещения образовавшихся дефектов. Наблюдаются нарушения языковых и речевых функций, ограничивающие способность к общению и трудовой деятельности. *Умеренные нарушения функций организма в этих случаях соответствуют 40–50 %.*

Стадия T3N1–2M0 — сомнительный прогноз после проведения комбинированного радикального лечения у больных при язвенно-инфильтративной форме роста опухоли и поражении регионарных лимфатических узлов: наблюдаются нарушения языковых и речевых функций, которые ограничивают способность к общению и трудовой деятельности. *Умеренные нарушения функций организма в этих случаях составляют 60 %.*

Выраженные нарушения функций. Стадия T3N2–3M0 — местно-распространенный рак слизистых оболочек полости рта, требующий индивидуального подхода к определению тактики лечения (современные лучевые методы воздействия, химиотерапия, комбинированные оперативные вмешательства с первичной кожно-мышечной пластикой), у радикально пролеченных больных или при необходимости длительного лечения (оростомы, назогастральный зонд, временная трахеостома и т.д.). Наблюдаются нарушения защитных, языковых, речевых функций, функций дыхания, глотания, голосообразования. *Выраженные нарушения функций организма в этих случаях составляют 70 %.*

Стадия T4N2–3M0 — состояние после лучевой терапии с последующей комбинированной операцией на первичном очаге и операцией Крайля на стороне поражения с нарушениями защитных, языковых, речевых функций, функций дыхания, глотания, голосообразования и/или рецидивом заболевания и необхо-

димостью длительного лечения. *Выраженные нарушения функций организма в этих случаях соответствуют 80 %.*

Значительно выраженные нарушения функций. Стадия T(любая)N(любая)M1 — прогрессирование основного заболевания, метастазы в отдаленные органы (легкие, кости, головной мозг и т.д.) или шейные лимфатические узлы с прорастанием в сосудисто-нервный пучок. *Значительно выраженные нарушения функций организма в этих случаях составляют 90 %.*

Наличие обширных дефектов полости рта, подбородочной области, значительно выраженная дыхательная недостаточность (последствия лечения или распада опухоли в области шеи), нарушение акта глотания, при необходимости использование назогастрального зонда и нуждаемость в постоянной посторонней помощи. *Значительно выраженные нарушения функций организма в этих случаях составляют 100 %.*

Заключение

Несмотря на успехи современной онкологии, проблема диагностики и лечения злокачественных новообразований по-прежнему остается актуальной. В лечении больных с опухолями головы и шеи широкое применение получили временные трахеостомии, которые выполняются с целью профилактики острой дыхательной недостаточности при различных опухолях головы и шеи в ходе основной операции либо после нее. Среди временных трахеостомий различают превентивные и экстренные. В связи с расширением показаний к операциям при раке слизистой оболочки полости рта, возрастанием числа комбинированных и расширенных операций необходимость в наложении временных трахеостом увеличивается.

Несмотря на длительное применение этой операции в клинической практике и кажущуюся несложность ее выполнения, как во время хирургического вмешательства, так и в постоперационном периоде трахеостомии сопровождаются значительным числом осложнений, особенно частыми среди них являются местные осложнения. Основными прогностическими факторами в настоящее время при определении лечебной тактики выступают распространенность первичной опухоли, наличие регионарных и отдаленных метастазов.

Современная точная диагностика опухолей слизистой оболочки полости рта требует от практикующего врача не только знания особенностей предраковых заболеваний, но и умения провести дифференциальную диагностику между злокачественными и доброкачественными поражениями. Поэтому необходимо не просто сформировать онкологическую настороженность у врачей, но также воспитать научно обоснованную систему онкологического мышления.

Вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации онкологического больного настолько многообразны, что ответы на них не могут быть полностью исчерпаны.

вающими. Нередко неблагоприятный онкологический прогноз, сложность и малая изученность медицинской, социальной и профессиональной реабилитации не позволяют сделать эту проблему быстроразрешимой.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. Authors declare no conflict of interest.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Алиева С.Б., Алымов Ю.В., Кропотов М.А. и др. Рак слизистой оболочки полости рта. Онкология. Клинические рекомендации. Под ред. М.И. Давыдова. М.: Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина, 2015. С. 27–37. [Alieva S.B., Alymov Yu.V., Kropotov M.A. et al. Cancer of the oral mucosa. Oncology. Clinical guidelines. Ed. by M.I. Davydov. Moscow: Publishing group of the N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, 2015. P. 27–37. (In Russ.)].
2. Гельфанд И.М., Романов И.С., Удинцов Д.Б. Тактика лечения локализованных форм рака слизистой оболочки полости рта. Опухоли головы и шеи 2016;(6):43–5. [Gelfand I.M., Romanov I.S., Udintsov D.B. Treatment strategy for localized cancer of the oral mucosa. Opuholi golovy i shei = Head and Neck Tumors 2016;(6):43–5. (In Russ.)].
3. Состояние онкологической помощи населению в России в 2014 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2015. [Status of oncology aid to the population in 2014. Eds.: A.D. Kaprin, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow: MNIIOI im. P.A. Gertzena – filial FGBU “NMIRC” Minzdrava Rossii, 2015. (In Russ.)].
4. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. С. 11, 15, 16. [State of oncological care in Russia in 2015 (morbidity and mortality). Eds.: A.D. Kaprin, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow: MNIIOI imeni P.A. Hertzena – filial FGBU “NMIRC” Minzdrava Rossii, 2017. P. 11, 15, 16. (In Russ.)].
5. Собин Л.Х., Господарович М.К., Виттекинд К. ТНМ. Классификация злокачественных опухолей. Пер. с англ. и науч. ред. А.И. Шёголева, Е.А. Дубовой, К.А. Павлова. М.: Логосфера, 2011. Перевод изд. TNM Classification of Malignant Tumours, 7th ed. [Sobin L.H., Gospodarovich M.K., Wittekind K. TNM: classification of malignant tumors. Moscow: Logosfera, 2011. Translation of the publication TNM Classification of Malignant Tumours, 7th ed. ISBN 978-5-98657-025-9. (In Russ.)].
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. С. 145–6. [Paches A.I. Head and neck tumors. Moscow: Meditsina, 1983. P. 145–6. (In Russ.)].
7. Алахвердиева Г.Ф., Синюкова Г.Т., Мудунов А.М. и др. Трансоральная ультразвуковая томография при раке языка и ее влияние на выбор тактики лечения. Приложение. Спецвыпуск: Материалы II Конгресса Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи с международным участием «Открывая новые горизонты в лечении опухолей головы и шеи». Москва. Опухоли головы и шеи 2016;(6(1)):11. [Alakhverdieva G.F., Sinyukova G.T., Mudunov A.M. et al. Transoral ultrasound tomography in patients with tongue cancer and its impact on choosing a treatment strategy. Annex. Special issue: Proceedings of the 2nd International Congress of the Russian Society of Specialists in Head and Neck Tumors “Opening new horizons in the treatment of head and neck tumors”. Moscow. Opuholi golovy i shei = Head and Neck Tumors 2016;(6(1)):11. (In Russ.)].
8. Шахсуварян С.Б. Трахеостомия у больных с опухолями головы и шеи. СПб: Эскулап, 2004. [Shakhsuvaryan S.B. Tracheostomy in patients with head and neck tumors. Saint Petersburg: Eskulap, 2004. (In Russ.)].
9. Сендульский И.Я. Злокачественные опухоли гортани. В кн.: Злокачественные опухоли. Т. 3. Ч. 1. Под ред. Н.Н. Петрова, С.А. Холдина. Л.: Медгиз, 1962. [Sendulskiy I.Ya. Malignant tumors of the larynx. In: Malignant tumors. V. 3. P. 1. Ed. by N.N. Petrov, S.A. Kholdin. Leningrad: Medgiz, 1962. (In Russ.)].
10. Кузин М.И., Помелов В.С., Кузьмин Н.В. Об ошибках и опасностях при трахеостомии. Хирургия 1971;2:112–8. [Kuzin M.I., Pomelov V.S., Kuzmin N.V. Errors and risks in tracheostomy. Khirurgiya = Surgery 1971;2:112–8. (In Russ.)].
11. Любаев В.Л. Хирургический метод в лечении местно-распространенного рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1985. [Lyubaev V.L. Surgical technique for the treatment of locally advanced cancer of the oral mucosa and oropharynx. Summary. ... of thesis of doctor of medical sciences. Moscow, 1985. (In Russ.)].
12. Романов И.С., Яковлева Л.П. Вопросы лечения рака полости рта. Фарматека 2013;8:59–63. [Romanov I.S., Yakovleva L.P. Treatment of oral cancer. Farmateka 2013;8:59–63. (In Russ.)].
13. Травникова Ю.И., Озеренская И.М. Применение стафилококкового анатоксина после расширенных операций по поводу опухолей челюстно-лицевой области. Стоматология 1981;5:41–2. [Travnikova Yu.I., Ozerenskaya I.M. The use of staphylococcal toxoid after extensive surgeries in patients with tumors of the maxillofacial region. Stomatologiya = Dentistry 1981;5:41–2. (In Russ.)].

Статья поступила: 07.06.2017. **Принята в печать:** 17.07.2017.

Article received: 07.06.2017. **Accepted for publication:** 17.07.2017.