



36

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

39

СПОСОБ ПЛАСТИКА УГЛА РТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО
УДАЛЕНИЯ РЕЦИДИВА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ

46

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КАРИЕСА
У ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ АЛГОРИТМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ

Азимов М.И., Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С. Сравнительная оценка анатомо-функционального состояния мягкого неба и язычка после пластики врожденной расщелины неба	
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ	
Алимов А.С., Шамсиев Ф.Х., Алимов А.А. Кучли ўқчиқ рефлексі бор беморларга сифатли стоматологик ёрдам кўрсатиш муаммолари	
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	
Ганиев А.А., Эгамбердиев С.К., Жилонов А.А. Комплексное лечение местнораспространенного рака гортаноглотки	
Алявия О.Т., Нишанова А.А., Гулямова С.П. Функциональная система, обеспечивающая процессы пищеварения в ротовой полости	
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ	
Бекжанова О.Е., Астанакулова М.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика эксфолиативного хейлита	
Бобамуратова Д.Т., Боймуродов Ш.А., Нишанов Ж.Х. Возможности использования современных методов оценки нутритивного статуса у больных с переломами челюсти	
Бобамуратова Д.Т., Боймуродов Ш.А., Гафуров З.А. Питание больных с переломом челюсти	
ЮБИЛЕИ	
Ташкилотчи, олим, педагог ва инсон Мухамедов Иламон Мухамедович 75 ёшда	
С. Рузуддинов, К.Д. Алтынбеков, М.К. Шаяхметова, Б.Ж. Нысанова, Э.И. Султанова, Н.С. Рузуддинов В.Ю. Курляндский — великий ученый, большой педагог, отличный клиницист. (к 110-летию со дня рождения)	
Йулдашханова Озодахон Сотивдиевна (70-летний юбилей)	

Azimov M.I., Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S. Comparative evaluation of the anatomical and functional state of the soft palate and tongue after plasty of congenital cleft palate	50
TO AID OF PRACTITIONERS	
Alimov A.S., Shamsiev F.X., Alimov A.A. Problems with good dental care in patients with severe acne reflex.	52
PROBLEMS OF RELATED SPECIALITES	
Ganiev A.A., Egamberdiev S.K., Jilonov A.A. Complex treatment of locally advanced cancer of the laryngopharynx.	55
Alavie O. T., Nishanova A.A., Gulyamova S.P. Functional system that provides the processes of digestion in the oral cavity.	60
REVIEWS	
Bekjanova O.E., Astanakulova M.M. Clinic-epidemiological characteristics of exfoliative cheilitis.	64
Bobamuratova D.T., Boimurodov Sh.A. The possibility of using modern methods to assess the nutritional status of patients with jaw fractures. a review of the literature.	68
Bobamuratova D.T., Boimurodov Sh.A., Gafurov Z.A. Nutrition of patients with the jaw fractures. review of literature.	76
ANNIVERSARIES	
Organizer, scientist, pedagogue and human Mukhamedov Ilamon Mukhamedovich is 75 years old.	83
S. Razutdinov, K. D. Altynbekov, M. K. Shayakhmetova, B. J. Nysanova, E.I. Sultanova, N.S. Ruzutdinov V.Y. Kurl'yandsky — great scientist, supreme teacher, perfect Clinician (110th anniversary of birth).	84
Yuldashkhanova Ozodahon Sotivdievna (70th anniversary).	88

• Беморга протезлашдан кейин протезга ўрганиш ва кўникиш учун оптимал шароитларни таъминлаш.

Хулоса қилиб айтганда, ўқчиқ сабабли стоматологик ёрдамдан кўриқш ёки бош тортиш кўпинча ятроген омиллар таъсири туфайли келиб чиқади. Бунга сабаб, беморларда ташқи таъсирга жавоб реакцияси даражасининг ҳар-хил бўлиши, яъни оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати оддий жавоб реакциясидан тортиб, то бош мия пўстлогига кечадиган ва мураккаб руҳий кечинмаларни пайдо қилувчи жараёнлар бўлиши мумкин. Шунинг учун КЎР келиб чиқиши ва рефлексор ҳимоя механизми ҳар хиллиги билан ажралиб туриши кузатилади.

Шундай қилиб, КЎР ни келиб чиқиши ва клиник намоён бўлиши хусусиятларини ҳисобга олиб, беморларни текширишнинг, даволашнинг умумлаштирилган усулларининг йўқлиги стоматологик ёрдам сифатига шубҳасиз таъсир этади ва врач ишини ҳолисона баҳолашни қийинлаштиради.

Адабиётлар рўйхати

1. Арутюнов А.С., Кицул И.С., Лебеденко И.Ю., Газаян В.В. Опыт
2. разработки методов управления качеством челюстно-лицевого протезирования // *Стоматология*. - 2011. - №4. - С.59-62.
3. Ганиев У.А., Нигматов Р.Н. Методика объемного моделирования нижнего полного съемного протеза // *Stomatologiya*. - 2016. - №4. С.41-43.
4. Ковалева И.А., Аболмасов Н.Н., Ратникова С.П. Особенности курации пациентов пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов // *Рос. стоматол. журн.* - 2007. №4. - С. 28-31.
6. Маслий В.Г. Факторы успеха стоматологической реабилитации пожилых пациентов // *Дентал Юг*. - 2011. - №3 (87).
7. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб-интизом ва шахсий жавобгарлик - ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалиқ қондаси бўлиши керак. Тошкент. - 2017. - 18-21 б.
8. Саввиди К.Г., Саввиди Г.Л. Клинико-лабораторные приемы, способствующие привыканию к полному съемным пластиночным протезам пациентов пожилого и старческого возраста с неблагоприятными клиническими условиями полости рта // *Стоматология*. - 2007. - №2. - С. 66-67.
9. Amariei C., Nucu C. Состояние полости рта и качества жизни населения // *Dental forum*. - 2007. - №3. - С. 8-13.
10. Bassi G.S., Humphris G.M., Longman L.P., The etiology management of gagging: a review of the literature // *J.Prosthetic Dentistry*. - 2004 may. - № 91 (5). - P.459-487.

УДК: 616.315-007.254

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕН- НОГО РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ



**Ганиев А.А.,
Эгамбердиев С.К.,
Жилонов А.А.**

*Ташкентский государственный
стоматологический институт*

Annotation

In the department of head and neck tumors of the Tashkent regional oncological dispensary complex treatment of locally spread laryngopharyngeal cancer is performed with the use of the combined operation «Laryngopharyngoesophagectomy with one-stage pharyngoesophagoplasty with the help of the gastric stem». Despite the traumatism and high risk of postoperative complications, laryngopharyngoesophagectomy with a one-stage gastric stem plasty and pharyngogastroanastomosis is an alternative treatment of locally spread forms of cancer of the laryngopharynx and cervical esophagus resistant to chemoradiotherapy.

Хулоса

Тошкент вилояти онкология диспансери Бош ва бўйин ўсмалари бўлимида маҳаллий тарқалган хикилдок-халқум ўсмаларини “Ларингофарингоэзофагэктомия ва бир вақтнинг ўзида ошқозон банди ёрдамида фарингоэзофагопластика” комбинирланган операциясини қўллаган ҳолда комплекс даволаш олиб борилмоқда. Ла-

рингофарингоэзофагэктомия бир вақтнинг ўзида ошқозон банди ва фарингогастроанастомоз билан пластика қилиш операцияси травматиклиги ва операциядан кейинги асоратлар хавфининг юқорилигига қарамасдан, кимёвий терапияга чидамли бўлган ҳиқилдоқ-халқум ва қизилўнғачнинг бўйин қисми маҳаллий тарқалган ўсмаларининг алтернатив давоси ҳисобланади.

Среди злокачественных опухолей головы и шеи рак глотки занимает третье место, после рака гортани и органов полости рта. По данным различных авторов злокачественные опухоли глотки в 45-55% случаев развиваются в ее верхнем отделе – носоглотке, в 30-35% - в среднем отделе – в ротоглотке и в 20-25% - в нижнем отделе – гортаноглотке [1,5]. Распространенность рака гортаноглотки в мире 2,0, а в Узбекистане 1,7 на 100000 населения. Мужчины болеют 10-11 раз чаще женщин. К факторам риска относятся длительное курение, злоупотребление алкоголем, профессиональные вредности. Преобладающей гистологической формой является плоскоклеточный рак. В сравнении с другими отделами глотки повышается частота неороговевающего и недифференцированного типа плоскоклеточного рака, что объясняет более злокачественное течение процесса [6].

Чаще всего опухоли развиваются в грушевидном синусе (70-72%), затем – в запястневидной области (15-17%) и на задней стенке глотки (до 9%). До 2% больных опухоль возникает по границе с шейным отделом пищевода (П.В. Светицкий, 2011).

К моменту поступления в специализированные медицинские учреждения значительная распространенность опухолевого процесса (T3-4N0-2M0) при раке гортаноглотки диагностируется в 70-80% случаев (2,3,4). Это является вследствие компактного расположения жизненно важных органов на шее, которое у ряда больных не позволяет считать операцию в объеме удаление одного пораженного органа достаточно радикальным. Во-первых, техническая сложная производства этих операции (наличие комбинированных мультиорганных резекции) со значительным числом осложнений и рецидивов пугает хирургов-онкологов в отношении принятия решения. Во-вторых, хирургическое лечение в большинстве случаев носит обширный калечащий характер, включающий удаление органа и прилежащих анатомических образований с проблемой восстановления функционального состояние органа или тракта [1].

Вместе с тем, несмотря на проведение лучевой и/или химиолучевой терапии, наряду с удовлетворительными результатами лечения раннего РГГ, проблема местнораспространенного либо осложненного процесса приобретает совсем другие очертания. Наличие охриплости, приступов удушья, дисфагии, болевого синдрома и др. ставит данную проблему за пределами радикального лечения. Да, большинство таких больных оперируется в симптоматическом объеме с производством нескольких стом.

По данным литературы, проведение индукционной химиотерапии в сочетании с лучевой терапией и хирургическим вмешательством не всегда позволяет сохранить орган и его функцию. Выполнение хирургических вмешательств в резекционном объеме, с удалением гортани, гортаноглотки и шейного отдела пищевода и формированием оростомы, трахеостомы и эзофагостомы не приводит к ощутимому улучшению качества жизни больных без надлежащей пластики. А наличие трех стом относительно ограниченной зоне часто приводит к послеоперационным воспалительным осложнениям [4].

В настоящее время в связи с отсутствием единого подхода к выбору оптимальных методов лечения местнораспространенного рака гортаноглотки (МРРГГ), неоднократным изменением методик лечения на протяжении последних десятилетий отсутствует положительная динамика увеличения сроков продолжительности жизни, что констатирует актуальность лечения этой категории больных.

При выполнении хирургического этапа лечения шейным доступом высок риск наличия опухолевого роста по краям резекции не только в проксимальном, но и дистальном направлении. В связи с этим часто целесообразно в объем операции включить не только ларингофарингоэктомию, но и экстирпацию пищевода с одномоментным восстановлением пищеварительного тракта различными способами [3, 4].

На базе отделения опухолей головы и шеи Ташкентского областного онкологического диспансера проводится комплексное лечение с местнораспространенным раком гортаноглотки с переходом процесса до шейного отдела пищевода. На первом этапе верифицированным больным проводится в неоадьювантном режиме 2 курса ПХТ по схеме: Цисплатин 100мг м2 + 5 – фторурацил на 1000мг м2, далее проводится лучевая терапия по предоперационной программе суммарно очаговой дозе 40 гр.

После оценки эффективности пациента проводится комбинированная расширенная операция «Ларингофарингоэзофагэктомия с одномоментной фарингоэзофаго-пластикой с помощи желудочного стебля».

Также в послеоперационном периоде проводится с целью комплексной терапии химиолучевая терапия до радикальной дозы. В период с 2016 г по 2017 года проведена 4-м больным выше предложенная операция совместно с хирургами торакального отделения.

Операция выполнялась одномоментно двумя бригадами хирургов: специалисты опухолей головы и шеи производили мобилизацию органного комплекса, включающего гортань с щитовидной железой, гортаноглотку, шейный отдел пищевода и клетчатку шеи с метастатическими лимфатическими узлами. Из абдоминального доступа, второй бригадой хирургов, выполнялась транسخиатальная экстирпация пищевода с одномоментным формированием стебля из желудка.

На первом этапе проводится наложение трахеостомы для интубации. В последующем проводится воротничкообразный разрез кожи и подкожной клетчатки по нижней шейной складке до верхней трети кивательной мышцы.



Рис. 1. Наложение трахеостомы и линии разреза



Рис.2. Этап мобилизации

Мобилизуется клетчатка надключичной зоны, вдоль внутренней яремной вены с включением последнего в удаляемый блок. Вскрывается полость глотки и циркулярная резецируется на границе рото- и гортаноглотки и резекция шейного отдела пищевода с отступлением от краев опухоли около 2,0 см. С удалением органо-комплекса образовавшийся дефект слизистой и мягких тканей стенки ротоглотки и пищевода более 10 см.

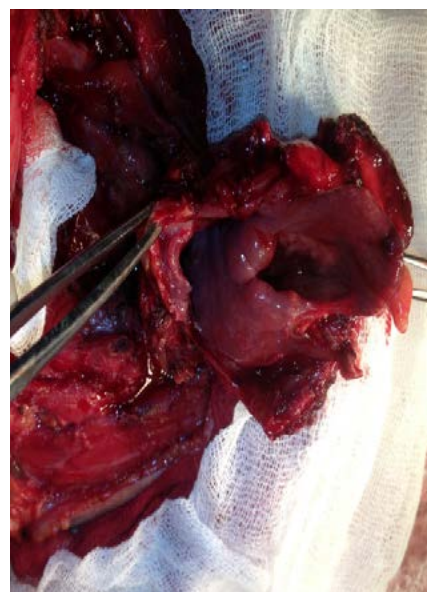


Рис. 3. Резецированный этап



Рис 4. Состояние после удаления гортани с циркулярной резекцией гортаноглотки

На втором этапе – с помощью хирургов торакоабдоминальной области производится лапаротомия, желудок мобилизуется с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии. С рассечением пищеводно-диафрагмальной связки расширено пищеводное отверстие диафрагмы, мобилизуется абдоминальный, ниже- и среднегрудной отдел пищевода с туннелизацией по А.Ф. Черноусову.

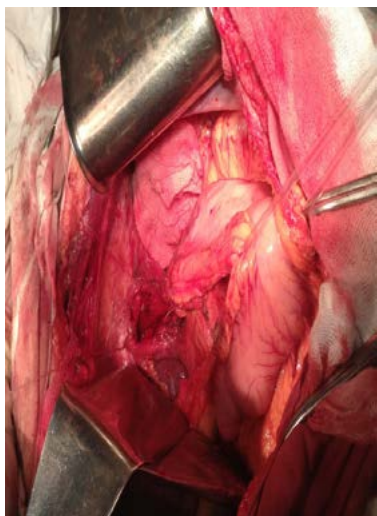


Рис.5. Формирование желудочного стебля.

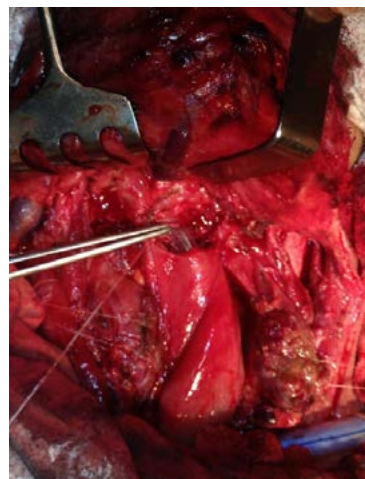


Рис.7 и 8 Формирование фарингогастроанастомоза.

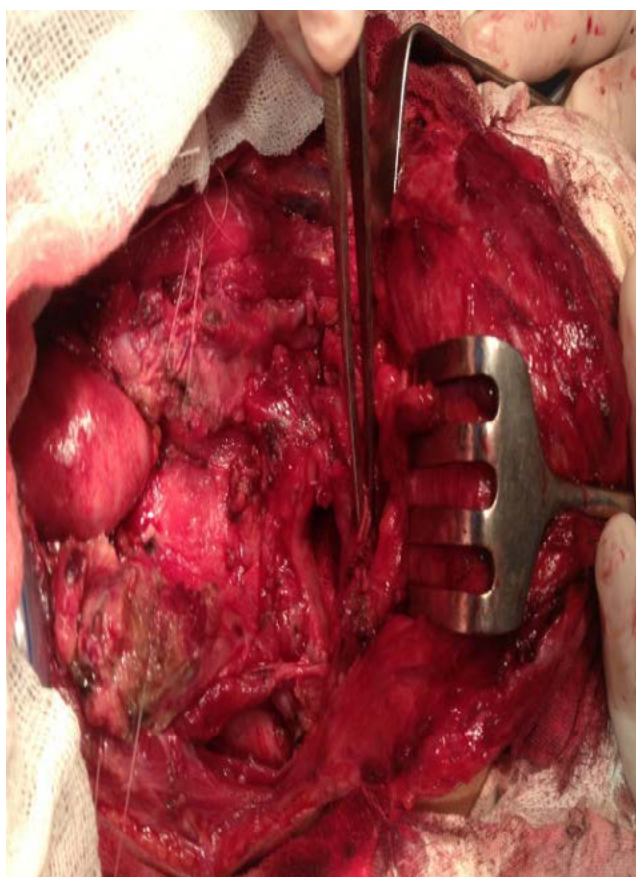


Рис.6. Этап проведения желудочного стебля через туннель ложи пищевода

Далее, сформировавший стебель желудка проводится через туннель ложи пищевода. Адаптация края резекции гортаноглотки и стебля желудка. Сформируется фаринго-гастроанастомозом диаметром до 2,5 см.



Рис .9. Состояние после операции



Рис.10. Макропрепарат.



Рис.11. Удаленный пищевод с Удаленная гортань с гортаноглоткой. Опухолью.

В послеоперационном периоде производится контрольное контрастирование анастомоза. Спустя 10-12 суток после повторного контрастирования удаляется назо-дуоденальный зонд, начинается кормление через рот.

Результаты и обсуждение

При выполнении хирургического этапа лечения шейным доступом высок риск наличия опухолевого роста по краям резекции не только в проксимальном, но и дистальном направлении. В связи с этим часто целесообразно в объем операции включить не только ларингофарингэктомию, но и экстирпацию пищевода с одномоментным восстановлением пищеварительного тракта различными способами.

Прогноз рака гортаноглотки зависит от распространенности процесса, но в целом его нельзя назвать благоприятным. Расширенные хирургические вмешательства в сочетании с лучевой и химиотерапией увеличивают показатель 5-летней выживаемости до 55-58%. Прогноз резко ухудшается у больных с регионарными метастазами (5-летняя выживаемость 30%). 3-летняя выживаемость в группе больных раком гортаноглотки T3-4N0-1M0 составляет до 80%, а при T3-4N2-3M0 до 38%. Анализ результатов свидетельствует о том, что хирургический метод – ведущий этап в лечении рака гортаноглотки.

Выводы

Несмотря на травматичность и высокий риск развития послеоперационных осложнений, ларингофарингоэзофагэктомия с одномоментной пластикой стеблем желудка и фарингогастроанастомозом является альтернативой в лечении местнораспространенных форм рака гортаноглотки и шейного отдела пищевода, устойчивых к химиолучевой терапии.

Совместная работа хирургов-онкологов смежных специальностей позволяет достигать радикальности объема и улучшения качества жизни. Для улучшения результатов лечения больных с местнораспространенными процессами гортаноглотки и шейного отдела пищевода необходима кооперация онкологов различных специальностей.

Список литературы

1. Болотина Л.В., Кравцов С.А., Корниецкая А.Л. Предварительный анализ эффективности индукционной химиотерапии при раке гортаноглотки. Материалы III Конгресса с международным участием «Опухолей головы и шеи». Онкохирургия. №2. 2009. -С. 22.
2. Бычковский П.М., Ваккер А.В., Юркин Т.Л., Беляев С.А. Оценка эффективности химиолучевой терапии при опухолях головы и шеи. Материалы III Конгресса с международным участием «Опухолей головы и шеи». Онкохирургия. №2. 2009. -С. 25.
3. Важенин А.В., Шарабура Т.М., Гладков О.А. Результаты химиолучевой терапии больных со злокачественными опухолями слизистой оро-фарингальной области. Материалы III Конгресса с международным участием «Опухолей головы и шеи». Онкохирургия. №2. 2009. -С. 29.
4. Рудык А.Н., Сигал Е.И., Насруллаев М.М. и др. Ларингофарингоэзофагэктомия с одномоментной эзофагофарингопластикой в лечении рака шейного отдела пищевода с распространением на гортаноглотку. Поволжский онкологический вестник. №2. 2014. –С. 34-35.
5. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. Клиническое руководство. Пятое издание. Практическая медицина. М. 2013. –С. 168-169.
6. Юсупов Б.Ю. док. Диссертация 2007г С- 114.