

STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№3 (84) 2021



34

Эффективность лечения начального кариеса зубов у детей методом кариес-инfiltrации

57

Проблемы восстановления коронки зуба после эндодонтического лечения

78

Патогенетическое лечение глоссалгии пациентов, перенесших Covid 19

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

- Мирсалихова Ф.Л., Хамроева Д.Ш., Абдиримова Г.И.** Эффективность лечения начального кариеса зубов у детей методом кариес инфильтрации.....34
- Курбанова С.Ю., Шомуротова Р.К., Жанабаева А.К.** Действие «стомадина» на микробиоту слизистой оболочки полости рта у детей.....37

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

- Абдиримова Г.И.** Актуальные аспекты современной системы оценки и регистрации кариеса зубов у детей.....40
- Нигматов Р.Н., Кадыров Ж.М. Рахимова Д.Р., Умаралиев Ж.Т.** Сужение зубоальвеолярных дуг верхней челюсти, методы диагностики и лечения.....43
- Абдуюсупова К.М., Алимов А.С.** Состояние пародонта и особенности стоматологической терапии у больных с гепатитом С. 51
- Нигматова Н.Р.** Проблемы восстановления коронки зуба после эндодонтического лечения...57
- Базаров Н.И., Рашидов Х.Т., Шукуров Ф.И., Кобилев Ж.А., Пачаджданова Л.Н., Косымов М.М., Назаров Р.Б.** К вопросу алгоритма диагностики, лечения и профилактики при злокачественных новообразованиях костей суставных хрящей черепа и лица (ЗНКСХЧЛ)...64
- Шомуродов К.Э., Ярмухамедов Б.Х., Рафиков К.М.** Доступ через боковое окно с подъемом мембраны верхнечелюстной пазухи для установки дентального имплантата в атрофированный беззубый альвеолярный гребень.....73
- Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Камилова А.З., Ибрагимов О.Д.** Патогенетическое лечение глоссалгии пациентов, перенесших Covid 19 78

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- Нигматова И.М., Атахонова М.Г., Ахтамова И.А.** Взаимосвязь биоэтических принципов в практике врача-стоматолога ортодонта в Узбекистане.....82

ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

- Нурмаматова К.Ч.** Уровень информированности семейных врачей по вопросам аллергопатологии у детей и их мнения об организации медицинской помощи.....85
- Мирзарахимова К.Р.** Распространение врожденных аномалий у детей, факторы риска и роль медсестры в профилактике.....89

НЕКРОЛОГ

- Мирякубов Миржамол**.....93

PEDIATRIC DENTISTRY

- Mirsalikhova F.L., Khamroeva D.Sh., Abdirimova G.I.** The effectiveness of the treatment of initial dental caries in children by the method of caries infiltration.....34
- Kurbanova S.Yu., Shomurotova R.K., Zhanabayeva A.K.** The effect of "stomadin" on the microbiota of the oral mucosa in children.....37

REVIEWS

- Abdirimova G.I.** Actual aspects of the modern system for assessing and registering dental caries in children.....40
- Nigmatov R.N., Kadyrov Zh.M. Rakhimova D.R., Umaraliev Zh.T.** Narrowing of the dentoalveolar arches of the upper jaw, methods of diagnosis and treatment.....43
- Abduyusupova K.M., Alimov A.S.** Periodontal condition and features of dental therapy in patients with hepatitis C. 51
- Nigmatova N.R.** Problems of restoration of the tooth crown after endodontic treatment.....57
- Bazarov N.I., Rashidov Kh.T., Shukurov F.I., Kobilov Zh.A., Pachadzhdanova L.N., Kosymov M.M., Nazarov R.B.** On the problem of the algorithm for diagnosis, treatment and prevention of malignant neoplasms of the bones of the articular cartilage of the skull and face.....64
- Shomurodov A.E., Yarmukhamedov B.Kh., Rafikov K.M.** Access through the lateral window with lifting of the maxillary sinus membrane for the installation of a dental implant into an atrophied edentulous alveolar ridge.....73
- Kamilov Kh.P., Ibragimova M.Kh., Kamilova A.Z., Ibragimov O.D.** Pathogenetic treatment of glossalgia in patients undergoing Covid 19 78

AID FOR PRACTICING DOCTORS

- Nigmatova I.M., Atakhonova M.G., Akhtamova I.A.** The relationship of bioethical principles in the practice of an orthodontist dentist in Uzbekistan.....82

THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES

- Nurmamatova K.Ch.** The level of awareness of family doctors on allergic pathology in children and their opinions on the organization of medical care.....85
- Mirzarakhimova K.R.** Prevalence of congenital anomalies in children, risk factors and the role of the nurse in prevention.....89

OBITUARY

- Miryakubov Mirjamol**.....93

К ВОПРОСУ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОСТЕЙ СУСТАВНЫХ ХРЯЩЕЙ ЧЕРЕПА И ЛИЦА(ЗНКСХЧЛ).

Базаров Н.И.¹, Рашидов Х.Т.², Шукуров Ф.И.³, Кобиллов Ж.А.³, Пачаджданова Л.Н.²,
Косымов М.М.², Назаров Р.Б.².

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”;

²Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;

³Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан Ташкентский городской филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Актуальность. Злокачественные опухоли костей в структуре онкологической заболеваемости составляют 1%-1.3% от всех злокачественных новообразований. В 2005 году в России стандартизированный показатель заболеваемости у мужчин составил 1,5 на 100 тыс. населения, у женщин - 0,9. Доброкачественные опухоли костей наблюдаются в 2-2,5 раза чаще [14,15,18,19,22,23, 28,29,30,35,36,42,43]

По данным некоторых авторов, наиболее часто заболевают дети, подростки, лица молодого возраста, причем в подростковом и юношеском возрасте (до 20 лет). Этиологические моменты развития опухолей костей изучены недостаточно. Определенная роль придается травме. У части больных злокачественные опухоли развиваются в результате малигнизации доброкачественных и опухолеподобных образований [3,6,11,12,14,15,16,28,29,30,35,36,37,40,41,42,43]. Поэтому вопрос алгоритма диагностики, лечения и профилактики при злокачественных новообразованиях костей суставных хрящей черепа и лица, является одним из приоритетных направлений остео-онкологии.

Цель исследования. На основании изучения научных публикации посвященных ЗНКСХЧЛ разработать алгоритм диагностики, лечения и профилактики их.

Материал и методы исследования. Проведен анализ научной литературы посвященные к вопросу клиники, этиологии, морфологии, диагностики, лечения, третичной профилактики злокачественных новообразованиях костей суставных хрящей черепа и лица

Первичные злокачественные опухоли костей наблюдаются в любом возрасте, но чаще всего в 15-40 лет. Среди злокачественных опухолей костей наиболее часто встречается остеогенная саркома (50-60%), на втором месте - саркома Юинга, далее

следуют хондросаркома, фибросаркома и др.

Патоморфология опухолей костей суставных хрящей черепа и лица включает в себя

1.Костеобразующие опухоли.

А.Доброкачественные:

1.Остеома.

2.Остеоидная остеома и остеобластома (доброкачественная остеобластома).

Б. Злокачественные:

1. Остеосаркома(остеогенная саркома).

2. Юкстакортикальная (паростальная остеосаркома).

3. Агрессивная (злокачественная) остеобластома.

4. Интракортикальная остеосаркома.

5. Фибробластическая остеосаркома (остеофибросаркома).

6. Телеангиэктатическая остеосаркома.

7. Остеосаркома при болезни Педжета костей.

8. Мелкоклеточная (круглоклеточная) остеосаркома.

9. Центральная остеосаркома

10. Интраоссальная высокодифференцированная (low grade) остеосаркома.

11. Периостальная остеосаркома.

12. Высокозлокачественная (high grade) поверхностная.

2. Хрящеобразующие опухоли:

А.Доброкачественные:

1. Хондрома.

2. Остеохондрома(костно-хрящевые экзостозы).

3. Хондробластома(доброкачественная хондробластома).

4. Хондромиксоидная фиброма.

Б. Злокачественные:

1. Хондросаркома (фиброхондросаркома).

2. Юкстакортикальная (периостальная) хондросаркома.

3. Мезенхимальная хондросаркома.
4. Хондробластома злокачественная.
5. Миксоидная хондросаркома.
6. Светлоклеточная хондросаркома.
7. Дедифференцированная хондросаркома.
8. Хондробластическая остеосаркома.
3. *Гигантоклеточные опухоли:*
 - А. Доброкачественные:
 - Гигантоклеточная опухоль (остекластома)
 - Б. Злокачественные:
 - Злокачественная гигантоклеточная опухоль кости.
4. *Костномозговые опухоли:*
 1. Саркома Юинга.
 2. Ретикулосаркома кости.
 3. Лимфосаркома кости.
 4. Миелома.
5. *Сосудистые опухоли:*
 - А. Доброкачественные:
 1. Гемангиома.
 2. Лимфангиома.
 3. Гломусная опухоль (гломангиома).
 - Б. Злокачественные:
 1. Ангиосаркома.
6. *Соединительно-тканые опухоли:*
 - А. Доброкачественные:
 1. Десмопластическая фиброма.
 2. Липома.
 - Б. Злокачественные:
 1. Фибросаркома.
 2. Липосаркома.
 3. Злокачественная мезенхимомма.
 4. Недифференцированная саркома.
7. *Прочие опухоли:*
 1. Хордома.
 2. Адамантинома длинных костей.
 3. Неврилемомма (шваннома, невринома)
8. *Другие опухоли*
 - Периферическая нейрозктодермальная опухоль.
 - Периферическая примитивная нейрозктодермальная опухоль кости (PNET).
 - Злокачественная неходжкинская лимфома.
 - Фибросаркома.
 - Злокачественная фиброзная гистиоцитомма.
9. *Неклассифицируемые опухоли.*
10. *Опухолеподобные изменения:*
 1. Солитарная костная киста (простая или однокамерная костная киста).
 2. Аневризмальная костная киста.
 3. Юкстаартикулярная костная киста (внутрикостный ганглий).
 4. Метафизарный костный дефект

(неостеогенная фиброма).

5. Эозинофильная гранулёма.
6. Фиброзная дисплазия.
7. Оссифицирующий миозит.
8. «Буря опухоль» при гиперпаратиреоидизме.

3. TNM классификация

Классификация применима для всех первичных злокачественных опухолей костей, за исключением злокачественной лимфомы, множественной миеломы, поверхностной юкстокортикальной остео- и юкстокортикальной хондросаркомы. Должно быть гистологическое подтверждение диагноза, позволяющее определить морфологический тип опухоли и степень злокачественности.

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются узлы, соответствующие локализации первичной опухоли. Поражение регионарных лимфатических узлов наблюдается редко и в случае, когда их состояние невозможно определить клинически или патолого-анатомически, они классифицируются как N_0 вместо N_x или pN_x .

T – первичная опухоль

T_x – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T_0 – первичная опухоль не определяется.

T_1 – опухоль до 8 см в наибольшем измерении.

T_2 – опухоль более 8 см в наибольшем измерении.

T_3 – прерывистая опухоль в первично-пораженной кости.

N – регионарные лимфатические узлы

N_x – недостаточно данных для определения регионарных лимфатических узлов.

N_0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N_1 – регионарные лимфатические узлы поражены метастазами.

M – отдалённые метастазы

M_x – недостаточно данных для определения отдалённых метастазов.

M_0 – нет признаков отдалённых метастазов.

M_1 – имеются отдалённые метастазы.

M_{1a} – метастазы в легком.

M_{1b} – метастазы в других органах и тканях.

$pTNM$ - патогистологическая классификация

pT , pN и pM категории соответствуют T , N и M категориям.

G – гистопатологическая степень злокачественности

Таблица перевода трёх- и четырехстепенной системы к двухстепенной системе (низкая против высокой степени злокачественности)

TNM двухстепенная система	Трехстепенная система	Четырехстепенная система
Низкая степень злокачественности	G ₁	G ₁ G ₂
Высокая степень злокачественности	G ₂ G ₃	G ₃ G ₄

Примечание. Саркома Юинга классифицируется как высокозлокачественная.

Группировка по стадиям

Стадия IA	T ₁	N ₀ , N _x	M ₀	Низкая степень злокачественности
Стадия IB	T ₂	N ₀ , N _x	M ₀	Низкая степень злокачественности
Стадия IIAT ₁	T ₂	N ₀ , N _x	M ₀	Высокая степень злокачественности
Стадия IIB	T ₂	N ₀ , N _x	M ₀	Высокая степень злокачественности
Стадия III	T ₃	N ₀ , N _x	M ₀	Любая степень злокачественности
Стадия IVA	любая T	N ₁ , N _x	M _{1a}	Любая степень злокачественности
Стадия IVB	любая T	N ₁	любая M	Любая степень злокачественности
	любая T	любая N	M _{1b}	Любая степень злокачественности

Р классификация

Отсутствие или наличие остаточной опухоли после лечения описывается символом R:

R_x – наличие остаточной опухоли не может быть оценено,

R₀ – нет остаточной опухоли,

R₁ – микроскопическая остаточная опухоль,

R₂ – макроскопическая остаточная опухоль.

Резюме

Кости	
T ₁	> 8 см
T ₂	> 8 см
T ₃	прерывистая опухоль в первичном очаге
N ₁	регионарные лимфатические узлы
M _{1a}	легкое
M _{1b}	другие места
	низкозлокачественные
	высокозлокачественные

4. Диагностические мероприятия (алгоритм)

Клинический минимум диагностики сарком костей включает:

- тщательный сбор анамнеза;
- физикальное обследование;
- рентгенографию всей пораженной кости в прямой и боковой проекциях (при необходимости ее дополняют прицельными снимками и томограммами);
- компьютерную рентгеномалографию или магнитно-резонансную томографию пораженной области (исследование не проводят, если на первом этапе лечения выполняется ампутация конечности);
- ангиографию (выполняется при большом мягкотканном компоненте опухоли,

локализуемом в области прохождения крупных магистральных сосудов);

- остеосцинтиграфию;
- биопсию костного мозга из подвздошной кости (при саркоме Юинга);
- морфологическую верификацию заболевания с установлением гистологического типа и степени дифференцировки опухоли (трепано- или открытая биопсия):
 - при небольших или глубокозалегающих опухолях трепано-биопсию выполняют под ультразвукографическим или рентгенографическим контролем,
 - размеры столбика тканей не должны быть менее 4 × 10 мм,
 - при ножевой биопсии разрез не должен

затруднять последующий выбор варианта оперативного вмешательства;

- цитологическое исследование (не заменяет гистологической верификации диагноза):
- мазковсоскоб с поверхности изъязвленной опухоли,
- мазков-отпечатков материала, взятого с помощью ножевой или трепанобиопсии;
- компьютерную томографию органов грудной клетки;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Дополнительные методы обследования:

- группа крови, резус-фактор;
- реакция Вассермана;
- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевины, билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза, ионы - Na, K, Ca, Cl, глюкоза);
- ЭКГ;
- общий анализ мочи.

5. Общие принципы лечения

Основными критериями для выработки лечебной тактики являются гистологический тип новообразования, биологические особенности опухоли (степень злокачественности), размеры, объем, локализация и распространенность опухоли [1,2,3,4,5,7,8, 9,10,11,12,13,14,15,17,24,25, 28, 29,30,33,34,35,36,40,41,42,].

Основные принципы лечения:

- хирургическое лечение проводится при высококодифференцированных опухолях:
 - хондросаркоме,
 - фибросаркоме,
 - паростальной саркоме;
- комбинированное и комплексное лечение с обязательным включением хирургического компонента проводится при:
 - остеогенной саркоме,
 - злокачественной фиброзной гистиоцитоме,
 - других низкодифференцированных опухолях костей;
- комплексное лечение с использованием лучевой и химиотерапии (в ряде случаев с включением хирургического компонента) применяется при:
 - саркоме Юинга,
 - периферической PNET,
 - лимфосаркоме кости.

Хирургические операции при опухолях костей

Ампутации и экзартикуляции (в том числе межлопаточно-грудная ампутация, межподвздошно-брюшное вычленение и др.) выполняются в рамках радикального лечения или с паллиативной целью при далеко зашедшем опухолевом процессе (патологический перелом, инфицирование тканей, выраженная интоксикация). Ампутации при злокачественных опухолях выполняют, как правило, за пределами поражённых костей, руководствуясь схемой уровней ампутации, предложенной В. Coley (1960).

Органосохраняющие операции выполняются в рамках радикального лечения при:

- высококодифференцированных (низкозлокачественных) новообразованиях в начальных периодах развития (хондросаркома, паростальная саркома, фибросаркома) в виде самостоятельного лечения;
- низкодифференцированных (высокозлокачественных) новообразованиях (остеогенная саркома, саркома Юинга, злокачественная фиброзная гистиоцитома, недифференцированная хондросаркома и др.) в рамках комплексного лечения.

К числу типичных органосохраняющих операций относятся:

- краевая резекция (применяется исключительно при саркоме Юинга);
- сегментарная резекция кости без замещения дефекта (применяется при локализации опухолей в малоберцовой и локтевой костях, ключице, ребрах, костях кисти, стопы и др.);
- сегментарная резекция кости с одномоментной костной ауто-, аллопластикой или эндопротезированием (линия резекции кости должна отстоять от рентгенологически установленного края опухолевого поражения на 5–6 см);
- экстирпация всей пораженной опухолью кости с замещением кости аллотрансплантатом (эндопротезом) или без замещения.

Противопоказания к органосохраняющим оперативным вмешательствам:

- вовлечение в опухолевый процесс основного сосудисто-нервного пучка;
- патологические переломы;

- инфицирование тканей в зоне опухоли;
- обширное опухолевое поражение мышц.

6. Лечение отдельных нозологических форм наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей костей

Остеогенная саркома.

Основным видом лечения является сочетание радикального хирургического удаления опухоли и химиотерапии [15,17,24,25,28, 29,30,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43].

II A, II B, III ($T_{1-3}N_0M_0$) стадии:

Лечение начинают с двух курсов неоадьювантной химиотерапии. Операция выполняется через 3 недели после завершения второго курса. Если оперативное лечение по каким-либо причинам откладывается, проводится еще один (третий) предоперационный курс. Через 2 недели после операции возобновляется химиотерапия. Проводят 4 курса адьювантной химиотерапии с интервалом 3 недели.

Объём оперативных вмешательств:

- сегментарная резекция трубчатой кости с одномоментной костной ауто-, аллопластикой или эндопротезированием;
- при локализации резектабельных опухолей в лопатке, ребре, грудине, локтевой и малой берцовой кости, костях таза и др. выполняется экстирпация всей пораженной кости;
- при невозможности выполнения органосохраняющего лечения в связи с местной распространенностью опухоли и отсутствием клинического эффекта после проведения неоадьювантного лечения проводится ампутация конечности.

IV (любая $T N_1 M_0$) стадия:

- лечение, аналогичное таковому при II A, II B, III стадиях, дополняется регионарной лимфаденэктомией;
- одномоментно с операцией на первичной опухоли (органосохраняющая или органоуносящая операция) выполняется типичная регионарная лимфодиссекция.

IV (любая $T N_0 M_{1a-b}$) стадия:

- проводится комплексное лечение по индивидуальной программе с использованием химиотерапии и лучевой терапии, в том числе в модифицированных условиях (общая и локальная гипертермия, гемосорбция) в зависимости от распространенности опухолевого процесса и общего состояния больного;

– при стабилизации опухолевого процесса в ходе лечения возможно выполнение органосохранной операции на первичном очаге;

– при развитии осложнений со стороны первичного очага (распад опухоли, кровотечение, патологические переломы с выраженным болевым синдромом) выполняется ампутация (экзартикуляция) конечности;

– вопрос о хирургическом лечении отдаленных метастазов, в том числе в легких, рассматривается при излеченности первичного очага и стабилизации опухолевого процесса.

Схемы химиотерапии

цисплатин 100 мг/м² внутривенно в 1-й день в виде 24-часовой инфузии;

доксорубицин 25 мг/м² внутривенно болюсно или в виде короткой инфузии в 1, 2 и 3-й дни;

интервал между курсами 3 недели.

При отсутствии эффекта схема химиотерапии изменяется:

карбоплатин 150 мг/м² внутривенно в виде 1-часовой инфузии в 1, 2, 3 и 4-й дни;

этопозид 150 мг/м² внутривенно в виде 1-часовой инфузии в 1, 2, 3 и 4-й дни;

интервал между курсами 3 недели.

Саркома Юинга (у взрослых)

Основным видом терапии является системная химиотерапия и локальное лечение опухоли (лучевое, оперативное).

II A, II B, III ($T1-3N_0M_0$) стадии:

1-й этап: индукционная химиотерапия.

Включает 4 блока химиотерапии с 3-недельным интервалом между ними.

Схемы химиотерапии определяются исходным объемом первичного опухолевого очага.

При объеме опухоли < 100 мл (группа стандартного риска) на первом этапе проводят химиотерапию по схеме VAIA:

- Винкристин 1,5 мг/м² (максимально 2 мг) внутривенно в 1-й день каждого курса.

- Доксорубицин 30 мг/м² внутривенно в 1-й и 2-й дни каждого нечетного курса в виде 4-часовой инфузии.

- Ифосфамид 2000 мг/м² в виде 1-часовой внутривенной инфузии в 1, 2 и 3-й дни каждого курса.

- Месна 2000 мг/м² вводится внутривенно в виде 24-часовой инфузии в 1, 2, 3-й дни, 600 мг/м² вводится перед началом инфузии ифосфамида.

- Дактиномицин 0,5 мг/м² внутривенно

болюсно в 1-й, 2-й и 3-й дни каждого четного курса.

- При объеме опухоли > 100 мл (группа высокого риска) на первом этапе проводят химиотерапию по схеме EVAIA:

- Этопозид (VP-16) 150 мг/м² в виде 1-часовой внутривенной инфузии в 1, 2 и 3-й дни каждого курса.

- Винкристин 1,5 мг/м² (максимально 2 мг) внутривенно в 1-й день каждого курса.

- Доксорубин 30 мг/м² внутривенно в 1-й и 2-й дни каждого нечетного курса в виде 4-часовой инфузии.

- Ифосфамид 2000 мг/м² в виде 1-часовой внутривенной инфузии в 1, 2 и 3-й дни каждого курса.

- Месна 2000 мг/м² вводится внутривенно в виде 24-часовой инфузии в 1, 2, 3-й дни, 600 мг/м² вводится перед началом инфузии ифосфамида.

- Дактиномицин 0,5 мг/м² внутривенно болюсно в 1, 2 и 3-й дни каждого четного курса.

2-й этап: локальное лечение (хирургическое, лучевое, комбинированное)

Предоперационная лучевая терапия

Проводится у больных с планируемым оперативным вмешательством, если при рестадировании после 2 курсов индукционной химиотерапии регрессия мягкотканного компонента опухоли составляет <50%. Начало предоперационной терапии - 6-я неделя от начала лечения. Суммарная очаговая доза 46-50 Гр. Облучение проводят в режиме классического фракционирования. В объем облучения включают опухоль и 2 см окружающих тканей.

Хирургическое лечение

Операция выполняется после 4 курсов индукционной химиотерапии, обычно на 12-й неделе от начала лечения, при восстановлении показателей крови (лейкоциты 2х10⁹/л или нейтрофилы 1х10⁹/л и тромбоциты 100х10⁹/л).

При проведении предоперационной лучевой терапии операция выполняется после восстановления показателей крови и прекращения кожной лучевой реакции (обычно 18-я неделя от начала лечения). При устойчивой кожной лучевой реакции проводится курс химиотерапии. Операция выполняется сразу после восстановления показателей крови.

Послеоперационная лучевая терапия

Показания к ее проведению определяются видом оперативного вмешательства (радикальное,

нерадикальное) и чувствительностью опухоли к цитостатическим препаратам, определяемой по данным морфологического исследования.

Градации чувствительности к химиотерапии:

- хорошая: ≤ 10% жизнеспособных клеток в удаленной опухоли;

- низкая: ≥ 10% жизнеспособных клеток в удаленной опухоли.

Дозы лучевой терапии:

- резекция кости в пределах опухоли - СОД 60-66 Гр;

- краевая резекция при хорошей чувствительности к химиотерапии - СОД 46-50 Гр;

- краевая резекция при низкой чувствительности к химиотерапии - СОД 56-60 Гр;

- радикальная резекция при хорошей чувствительности к химиотерапии - лучевая терапия не проводится;

- радикальная резекция при низкой чувствительности к химиотерапии - СОД 46-50 Гр.

Лучевую терапию начинают после 2-го курса адъювантной химиотерапии (6-й курс химиотерапии от начала лечения) на 19-20-й неделе.

Если оперативное вмешательство не выполняется, лучевую терапию начинают сразу после 4 курсов индукционной терапии в СОД 60-66 Гр в режиме классического фракционирования. Объем облучения после индукционной химиотерапии может быть ограничен опухолью, размеры которой устанавливаются на основе рентгенографических данных, и не менее 5 см здоровых тканей кости, а также 1 см окружающих мягких тканей.

3-й этап: адъювантная химиотерапия

Включает 10 курсов химиотерапии с интервалом между курсами 3 недели, которые начинают сразу после локального лечения.

У больных группы стандартного риска проводят химиотерапию по схеме VACA:

- Винкристин 1,5 мг/м² (максимально 2 мг) внутривенно в 1-й день каждого курса.

- Доксорубин 30 мг/м² внутривенно в 1-й и 2-й дни каждого нечетного курса в виде 4-часовой инфузии.

- Циклофосфамид 1200 мг/м² внутривенно в 1-й день каждого курса.

- Дактиномицин 0,5 мг/м² (максимально 1,5 мг) внутривенно болюсно в 1, 2 и 3-й дни каждого четного курса.

У больных группы высокого риска проводят химиотерапию по схеме EVAIA. При отсутствии

излечения первичного очага после завершения химиолучевого лечения, возникновении осложнений со стороны первичного очага (распад, кровотечение, патологические переломы без надежды на консолидацию из-за большого объема поражения и т.д.) выполняется ампутация (экзартикуляция) конечности или удаление пораженной плоской кости.

IV стадия (любая T N₁ M₀):

Лечение, аналогичное таковому при IIА, IIВ, III стадии, дополняется регионарной лимфаденэктомией.

IV стадия (любая T N₀ M_{1a-b}):

Лечение по индивидуальным программам с включением полихимиотерапии и лучевой терапии, в том числе в модифицированных условиях (общая и локальная гипертермия, гемосорбция).

Химиотерапия проводится по схеме EVAIA (при наличии клинического эффекта после 2 курсов химиотерапевтическое лечение проводят в полном объеме или до развития химиорезистентности опухоли).

Лучевая терапия:

- на первичный опухолевый очаг в СОД 56–66 Гр;

- при метастазах в лёгких – лучевое воздействие на весь объем обоих лёгких (поочередно) РОД 3,3 Гр 3 раза в неделю (через день), СОД 13,2 Гр и дополнительное локальное облучение метастазов в СОД до 30 Гр;

- при метастазах в костях - локальное облучение (РОД 4 Гр, СОД 28 Гр или 8–10 Гр однократно).

При наличии одиночного (одиночных) метастаза(ов) в лёгком или его значительной регрессии после проведения химиолучевого лечения и излеченности первичного опухолевого очага производится хирургическое вмешательство на легком.

При развитии осложнений со стороны первичного очага (распад опухоли, кровотечение, патологические переломы с выраженным болевым синдромом) выполняется ампутация (экзартикуляция) конечности.

Хондросаркома

Объем оперативного вмешательства и метод лечения больных хондросаркомой зависят от локализации опухоли, размеров очага поражения и степени злокачественности. Лечение хондросарком низкой степени злокачественности хирургическое. Анаплазированные варианты

(недифференцированная и мезенхимальная хондросаркомы) лечатся аналогично остеогенной саркоме.

Основные типы оперативных вмешательств при хондросаркомах низкой степени злокачественности:

- при локализации опухоли в трубчатых костях - сегментарная резекция кости с замещением дефекта ауто- или аллотрансплантатом, эндопротезирование;
- при локализации опухоли в крыле подвздошной кости, лопатке, малоберцовой, локтевой и других костях - сегментарная резекция или экстирпация кости;
- при наличии противопоказаний к органосохраняющему лечению выполняется ампутация или экзартикуляция конечности, иногда вместе с половиной таза или плечевого пояса.

7. Наблюдение, сроки и объем обследования (третичная профилактика)

Наблюдение проводится:

- в течение первых трех лет после завершения лечения - 1 раз каждые 3 месяца;
- в течение четвертого и пятого года - 1 раз каждые 4-5 месяцев.

Обследование включает:

- локальный клинический и рентгенологический контроль - при каждом контрольном осмотре;
- пальпацию всех групп лимфатических узлов головы, туловища и конечностей - при каждом обследовании;
- рентгенографию органов грудной клетки - при каждом обследовании (при высокодифференцированных опухолях костей 1 раз в 6 месяцев);
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости - один раз в 6 месяцев [19,20,21,26,28, 29,30,31,32,36].

Литература

1. Базаров Н.И., Бернадский Ю.И. Сравнительная оценка эффективности хирургических методов лечения опухолей челюстно-лицевой области и шеи. // Стоматология, -№3. -1991.-С.37-39.
2. Базаров Н.И., Бернадский Ю.И. Лечение СО2-лазером непрерывного действия опухолей челюстно-лицевой области и шеи. // Вестник хирургии, -№3. -1992.-С.383-386.
3. Базаров Н.И. Диагностика и оценка эффективности лечения опухолей челюстно-

лицевой области. Автореф: дисс. канд. мед. наук., -Киев. -1990.-С.20.

4. Базаров Н.И., Саидов Х.М., Саломов Ф.З. и др. Эффективность лечения злокачественных опухолей слизистой полости носа, придаточных пазух, костей лицевого скелета и черепа. // Актуальные проблемы теоретической и практической медицины. ТГМУ.-Душанбе.-1996.-С.64-65.

5. Базаров Н.И., Зикирходжаев Д.З., Процык В.С., Бернадский Ю.И. и др. Влияние гелий-неоновой лазерной терапии (ГНЛТ) на иммунологические показатели крови и больных с опухолями челюстно-лицевой области и шеи (ОЧЛОШ). // Мат. I съезда онкологов СНГ. ч.1. -Москва. -1996.-С.262-263.

6. Базаров Н.И., Саидов Х.М., Саидов М.Х. и др. К вопросу диагностики и лечения опухолей височной, подвисочной крылонебной ям. // Мат. III съезда онкологов и радиологов СНГ. ч.2. -Минск. -2004.-С.6.7.

7. Базаров Н.И., Нарзуллаев В.А., Саидов Х.М. и др. Применение ксенотрансплантатов при лечении новообразований лицевого скелета и черепа (НЛСЧ). // Мат. III съезда онкологов и радиологов СНГ. ч.2. -Минск. -2004.-С.

8. Базаров Н.И., Курбанов. Д.М., Нарзулов В.А. Использование ксеногенного костного матрикса, консервированного в смеси 0,5% ФА с добавлением гентамицина. // Мат. 57 годичной научно - практ. конф. с международным участием посвящается 70 - летию образования Таджикского государственного медицинского университета им Абуали ибни Сино.- Душанбе, 2009, С. 538-540.

9. Базаров Н.И. Проблемы и пути реализации хирургического лечения опухолей кранио – фациальной локализации детского возраста Ж.Здравоохранение Таджикистана №3, 2009. - С 181-182.

10. Базаров. Н.И., и соавт. Обоснование к применению ксенотрансплантации в лечении больных с новообразованиями и опухолеподобными процессами костей. Ж.Вестник. Авиценны., -Душанбе. №3. 2010 -С43-49.

11. Базаров Н.И., и соавт Влияние ауто- и ксенотрансплантатов на клеточный состав периферической крови у больных с костными новообразованиями и опухолеподобными процессами скелета (КНОПС) Онкохирургия Материалы XI Всероссийской конф. молод. ученых. Актуальные вопросы экспериментальной и клинической онкологии Тематический выпуск

РСХО RSSO Т.3 №4.2011. –С 11. Москва, Россия.

12. Базаров Н.И., и соавт. Оценка эффективности реабилитации больных с костными новообразованиями и опухолеподобными процессами скелета (КНОПС) Онкохирургия Материалы XI Всероссийской конф. молод. ученых. Актуальные вопросы экспериментальной и клинической онкологии Тематический выпуск РСХО RSSO Т.3 №4.2011.-С 11-12 . Москва, Россия.

13. Базаров Н.И., и соавт. Влияние применения антибиотика гентамицин на иммунологические показатели крови у больных с опухолями и опухолеподобными процессами скелета (КНОПС), при ксенотрансплантации. Годичная научно-практическая конф. Таджгосмедуниверситета. «Роль медицинской науки в оздоровлении общества», посвященная 20-летию независимости Республики Таджикистан, -Душанбе.2011.-С295-296.

14. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Киев: Вища школа. – 1984. – 384с.

15. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. –3-е из., перераб. и доп. –М. Мед.литер., 2003, с. 292-352

16. Бойков В.П., Савельев В.В. Диагностика опухолей крылонёбной ямки. // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. -Киев. -2000.-С.412.

17. Берденштейн Л.М., Климов Б.А., Панин М.Г. Психофармакологическая коррекция больных с челюстно-лицевыми деформациями в до- и послеоперационном периоде // IV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». –М. –1997. –С.14.

18. Волков В.А. Клинико-морфогистохимические особенности амелобластом челюстей: Автореф. дис...канд. мед. наук. -Краснодар. -1990. –24с.

19. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных. –М.: Медицина. –1997. –С.144.

20. Костур Б.К., Меняева В.А. Челюстно-лицевое протезирование. –М., Медицина, - 1985. –С.165.

21. Малыгин Е.Н. Реабилитация онкологических больных // ЭКО: Руководство для практикующих врачей / М.И. Давыдов, Г.Л. Вышековский и др.: Под общей ред. М.И. Давыдова, Г.Л. Вышковского. – М.: РЛС. –2005, -2004. –С.1001.

22. Матягин Е.Г., Кропотов М.А., Кочергина Н.В. и др. Остеогенная саркома костей верхних и

нижних челюстей /клиника, диагностика, лечение// Вестн. ОНЦ АМН России. –1993. -№2.-С.37-43.

23. Митрошенков П.Н. Пластика дефектов лицевого скелета титановыми имплантатами. // Мат. III съезда онкологов и радиологов СНГ. ч.2. -Минск. -2004. –С. 14.

24. Мухамедкулова М.М., Базаров Н.И., Нарзуллаев В.А. Особенности костной ксенопластики формализированными трансплантатами при онкологической патологии // Вестник РГМУ. –2004. –8(39). –С.222-224.

25. Нарзуллаев В.А., Базаров Н.И., Мухамедкулова М.М. Применение формализированных костных аллотрансплантатов в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии в онкологической практике. // Сборник научных трудов 52-й годичной научн. практ. конф. с междунар. участием «Актуальные вопросы стоматологии» Душанбе. –2004. –С.253-255.

26. Оксман И.М. Челюстно-лицевая ортопедия. –М., Медицина, 1996. –С.165

27. Терентьев И.Г. Способ иссечения злокачественных новообразований. //А.с. СССР №1790919 / Б.И. №4,

28. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М. 1971. –с.203-221.

29. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М. 1983.-с.37-202.30.

30. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М. Медицина. – М., 2000, 280 с.

31. Пустовая И.В., Светицкий П.В. Челюстно-лицевое протезирование у онкологических больных. Материали III съезда онкологов и радиологов СНГ. ч. I. Минск. –2004. –С.370.

32. Сысолятин П.Г., Мельников М.Н., Сысолятин С.П. Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии. // Стоматология. Т.79. -№1. -2000. -С.46-50.

33. Сысолятин П.Г., Савельев В.И., Железный П.А., Сысолятин С.П. Лечение доброкачественных опухолей нижней челюсти методом резекции, экстракорпорального замораживания пораженного сегмента кости и реплантации. Новые методы диагностики, лечения заболеваний и менеджмента в здравоохранении.- Новосибирск, 1994.- С. 90.

34. Сысолятин П.Г., Железный П.А., Вольфовский В.З., Сысолятин С.П. Лечение доброкачественных опухолей нижней челюсти методом реплантации кости, обработанной низкими температурами. Челюстно-лицевая хирургия.- 1994.- N1.- С. 1-6.

35. Федяев И. М., Байриков И. М., Белова Л.

П., Шувалова Т. В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. - М., Н. Новгород: Медицинская книга, Изд-во НГМД, 2000. -160 с.

36. Bloom H.J.G. Hanhan I.W.F., Shaw H.J. Head and Neck oncology.-New York: Raven Press. 1986. –P.351.

Рационализаторские предложения

37. Базаров Н.И., Пачаджанова Л.Н., Косимов М.М., Нарзуллоев В.А. Способ костной пластики нижней челюсти после удаления различных остеогенных опухолей.-Душанбе. 30.03. 2016г. №004. Выданное БРИЗ. Научно-клинического

института стоматологии и челюстно –лицевой хирургии РТ.

38. Базаров Н.И., Пачаджанова Л.Н., Косимов М.М., Рахимов Н.М. Способ хирургического лечения опухолеподобных процессов нижней челюсти. -Душанбе. 30.03.2016г. №005. Выданное БРИЗ. Научно-клинического института стоматологии и челюстно –лицевой хирургии РТ.

39. Baumhoer D, Brunner P, Eppenberger-Castori S, et al. Osteosarcomas of the Jaws differ from their peripheral counterparts and require a distinct treatment approach. Experiences from the DOESAK registry. Oral Oncol 2014; 50:147–153.

40. Granowski-LeCornu M, Chuang SK, Kaban LB, August M. Osteosarcoma of the jaws: factors influencing prognosis. J Oral Maxillofac Surg 2011; 69:2368–2375.

41. Kassir RR, Rassekh CH, Kinsella JB, et al. Osteosarcoma of the head and neck: meta-analysis of nonrandomized studies. Laryngoscope 1997; 107:56–61.

42. Gadwal SR, Fanburg-Smith JC, Gannon FH, Thompson LD. Primary chondrosarcoma of the head and neck in pediatric patients: a clinicopathologic study of 14 cases with a review of the literature. Cancer 2000; 88:2181–2188.

43. Slootweg PJ, El-Naggar AK. World Health Organization 4th edition of head and neck tumor classification: insight into the consequential modifications. Virchows Arch 2018; 472:311–313.

44. The review provides a comprehensive evaluation of the newly updated World Health Organization Head and Neck Tumor Classification.