

8 мг/сут, метотрексат — 2,5 мг/неделю, фолиевая кислота, аспаркам.

За время пребывания в стационаре наблюдалась умеренная положительная динамика. Увеличился объем движений в правом тазобедренном суставе, однако сохраняется утренняя скованность, изменение походки. Кожа бледная, чистая. Шейные лимфоузлы — до 1,0 см, безболезненные, не спаяны с окружающей тканью. Видимые слизистые чистые. В легких дыхание везикулярное, ЧД — 24 в мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке и в 5-точке, ЧСС — 90 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. При выписке рост 98 см, вес 13 кг.

Рекомендовано продолжить наблюдение кардиологом; продолжить лечение: медрол — 8 мг/сут не менее 3 месяцев с постепенной отменой, метотрексат — 2,5 мг/неделю (понедельник) длительно, фолиевая кислота — 1 мг/сут, препараты калия чередовать с приемом препаратов кальция. Контроль ОАК, Б/хАК 1 раз в месяц. Домашний режим на время гормональной терапии.

Рассматриваемый случай представляет интерес, учитывая частоту возникновения синдрома Шегрена у детей. Знание клинических прояв-

лений данного заболевания, вероятность раннего дебюта дают возможность своевременного назначения патогенетической терапии, которая приводит к положительному эффекту и значительно улучшает качество жизни пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Васильев, В. И. Синдром Шегрена: рук-во для врачей / В. И. Васильев, В. Г. Лихванцева, Т. Н. Сафонова. — М., 2013. — 600 с.
2. Кузьмина, Н. Н. Современный взгляд на синдром Шегрена у детей / Н. Н. Кузьмина, Д. Л. Алексеев, В. И. Васильев // Лечащий врач. — 2005. — № 6. — С. 14–15.
3. Мартусевич, Н. А. Первичный синдром Шегрена: диагностика и дифференциальная диагностика / Н. А. Мартусевич // Медицинские новости. — 2005. — № 1. — С. 7–8.
4. Voulgarelis, M. Pathogenetic mechanisms in the initiation and perpetuation of Sjögren's syndrome / M. Voulgarelis, A. G. Tzioufas // Rheumatology. — 2010. — № 6. — P. 529–537.
5. The complexity of Sjogren's syndrome: Novel aspects on pathogenesis / R. Jonsson [et al.] // Immunol. Lett. — 2011. — № 9. — P. 141.
6. Nocturne, G. Advances in understanding the pathogenesis of primary Sjogren's syndrome / G. Nocturne, X. Mariette // Rheumatology. — 2013. — № 9. — P. 544–556.
7. Васильев, В. И. Избранные лекции по клинической ревматологии / В. И. Васильев, М. В. Симонова, Т. Н. Сафонова. — М.: Медицина, 2001. — С. 112–131.
8. Delaleu, N. Sjögren's syndrome / N. Delaleu, R. Jonsson, M. M. Koller // Eur. J. Oral Sci. — 2005. — № 113. — P. 101–113.
9. Клиническая ревматология: рук-во для практических врачей / под ред. В. И. Мазурова. — СПб.: Фолиант, 2001. — с. 416.
10. Васильев, В. И. Лимфопролиферативные заболевания при болезни Шегрена / В. И. Васильев, Н. А. Пробатова, Н. Н. Тулицына и соавт. // Онкогематология. — 2007 — № 3. — С. 16–26.

Поступила 03.06.2014

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 616.31+616.313]-006.6:- 089.844(476)

МЕТОД ВНУТРИРОТОВОЙ V-ОБРАЗНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЯЗЫКА ПРИ РАКЕ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГЛОССОПЛАСТИКОЙ

В. В. Аничкин, В. В. Татчихин

Гомельский областной клинический онкологический диспансер

Цель: разработать метод резекции языка с одномоментной глоссопластикой при раке слизистой оболочки передней трети тела языка.

Материал. В основу работы положены результаты хирургического лечения 5 пациентов с локализацией рака в передней трети тела языка. Разработан принципиально новый метод резекции передней трети тела языка. Устранение пострезекционного дефекта осуществляется слизисто-мышечными лоскутами из остатков языка с восстановлением объемной симметрии неоязыка.

Заключение. Использование для пластического замещения дефекта собственных тканей языка сводит до минимума травматизм данной операции. Сохранение иннервации и восстановление структуры определяют хороший функциональный эффект предлагаемого метода глоссопластики.

Ключевые слова: рак языка, резекция языка, дефект языка.

THE METHOD OF INTRAORAL V-SHAPED GLOSSECTOMY IN CANCER WITH SINGLE-STAGE GLOSSOPLASTY

V. V. Anichkin, V. V. Tatchikhin

Gomel Regional Clinical Oncologic Clinic

Objective: to develop a method of glossectomy with single-staged glossoplasty in cancer of the mucous membrane of the front one-third part of the tongue.

Material. The work is based on the results of surgery of five patients with localization of cancer on the front one-third of the tongue. An up-to-date method of glossectomy of the front one-third of the tongue has been developed. The post-resection defect is eliminated with musculomucosal grafts from the tongue remains with restoration of the volume symmetry of neotongue.

Conclusion. The application of the tongue tissues for plastic replacement of the defect minimizes traumatism of the surgery. The preservation of innervation and restoration of the structure ensure good functional effect of the glossoplasty method.

Key words: tongue cancer, glossectomy, tongue defect.

Введение

Злокачественные опухоли головы и шеи в структуре общей онкологической заболеваемости составляют 20–25 % [1, 2]. Рак слизистой оболочки полости рта занимает 6-е место по распространенности среди злокачественных новообразований в мире [3]. По частоте поражения из числа всех злокачественных опухолей полости рта на рак языка приходится 74 %, а в передней трети рак языка возникает в 3 % [2]. Пик заболеваемости приходится на возраст 40–60 лет, а это трудоспособная группа населения [2, 4]. Результаты лучевого лечения пациентов с опухолями слизистой оболочки полости рта I–II стадии в целом сопоставимы с хирургическим и комбинированным методами [2, 4, 5]. Основной метод лечения рака языка — комбинированный. В стандартных ситуациях хирургическое вмешательство выполняется на

первом этапе [5]. Объем хирургического вмешательства зависит от локализации, распространенности, гистологической структуры первичной опухоли [2, 3].

Изучение способов хирургического лечения рака языка показало, что наиболее распространенным объемом операции является внутриротовая резекция языка [2, 3, 4]. При локализации опухоли на боковой поверхности слизистой оболочки в средней, задней трети языка широко применяется половинная резекция языка по Я. М. Брускину (1937) [2, 4, 6], когда разрез проходит по средней линии и разделяет язык на две половины (рисунок 1). При локализации опухоли в передней трети языка выполняют парциальную резекцию языка [2, 6], направленную на удаление передней части языка в виде «порции отрезанного пирога» (рисунок 2).

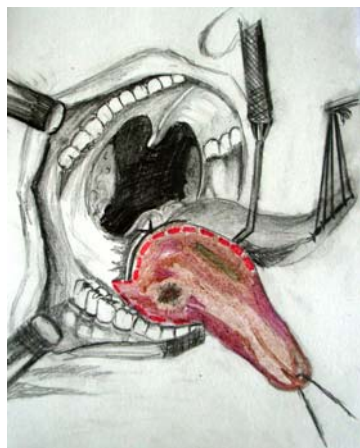


Рисунок 1 — Половинная резекция языка

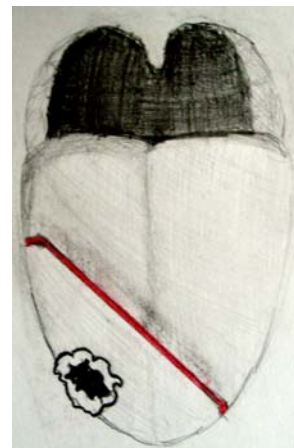


Рисунок 2 — Парциальная резекция языка

Однако резекция языка является весьма травматичной операцией, сопровождается стойкими функциональными нарушениями: жевания, речи, глотания [2, 7, 8, 9]. Одномоментное восстановление формы и функции органа, утраченного во время операции, представляется идеальным вариантом в реконструкции языка. Используемые для устранения дефектов языка транспозиция кожно-мышечного подподъязычного лоскута или трансплантация лоскута предплечья с наложением микрососудистых анастомозов не всегда оправдана. Во-первых, цвет и

фактура кожной площадки лоскута существенно отличается от рельефа слизистой оболочки полости рта. Во-вторых, с помощью этих лоскутов мускулатура неоязыка восстанавливается нефункционирующей и несокращающейся тканью. Рубцовое сморщивание и рубцовая контрактура может привести к уменьшению объема лоскута, фиксации лоскута, изменению формы неоязыка и в результате к значительному затруднению жевания, глотания, речи [2, 3, 5, 7, 8, 9].

Таким образом, актуальность проблемы хирургического лечения рака языка подтвер-

ждается необходимостью совершенствования хирургических методов.

Цель работы

Разработать метод резекции языка с одномоментной глоссопластикой у пациентов при раке слизистой оболочки передней трети тела языка.

Материалы и методы

В отделении опухолей головы и шеи (ОГШ) Гомельского областного клинического онкологического диспансера за период 2007–2013 гг. выполнено хирургическое лечение 5 пациентам (4 мужчин, 1 женщина) с локализацией рака в передней трети тела языка. У всех пациентов морфологическая структура опухоли — плоскоклеточный рак. Средний возраст пациентов составил $59,8 \pm 13,9$ года. Всем пациентам выполнялась V-образная резекция языка по одной методике.

Патент РБ № 18424 от 09.04.2014 г. «Способ резекции языка при хирургическом лечении рака передней трети тела языка», авторы: В. В. Татчихин, В. В. Аничкин, И. В. Залуцкий, А. В. Макарич.

Инструкция по применению МЗ РБ от 24.01.2013 №09-13/61, регистрационный № 244-1212 «Метод V-образной резекции языка при раке с одномоментной глоссопластикой», ав-

торы: д.м.н., проф. В. В. Аничкин, д.м.н., проф., член-корреспондент НАН Беларуси И. В. Залуцкий, В. В. Татчихин.

Группу составили 5 пациентов. У 4 пациентов распространенность первичной опухоли была: T1N0M0 I стадия — 3 пациента, T2N0M0 II стадия — 1 пациент, 1 пациент имел рецидив опухоли после лучевой терапии.

Показание к выполнению V-образной резекции языка: злокачественная опухоль у первичных пациентов соответствует стадии T1-2N0M0 или с резектабельным рецидивом (рисунок 3).

Локализация рака на слизистой оболочке передней трети языка:

1. Злокачественная опухоль на слизистой оболочке верхушки языка — 1 пациент.
2. Злокачественная опухоль на слизистой оболочке боковой или нижнебоковой поверхности передней трети тела языка — 2 пациента.
3. Злокачественная опухоль на слизистой оболочке нижней поверхности передней трети тела языка с распространением за срединную линию на противоположную сторону — 1 пациент.
4. Рецидив злокачественной опухоли на нижней поверхности слизистой оболочки передней трети тела языка с распространением на слизистую оболочку дна полости рта — 1 пациент.



Рисунок 3 — Язвенная форма рака на слизистой оболочке нижней поверхности передней трети тела языка

До операции при оценке акта глотания во внимание принимали шкалу глотания и качественный состав пищи: жидкость, мягкая, механически мягкая, волокнистая, твердая, все типы пищи (R. S. Weber, 1991).

Для изучения функции речи использовали стандартный текст, состоящий из 100 слов, в норме темп чтения составляет 140–185 слов в минуту (R. K. Wong, 2007).

Результаты и обсуждение

Хирургическое лечение выполняется в условиях тотальной внутривенной анестезии с искусственной вентиляцией легких.

Перед началом резекции тела языка, намечают границы V-образной резекции, наклады-

вают швы-держалки через всю толщу тела языка в трех местах: на верхушке и боковых отделах тела языка в местах планируемого проведения разреза. Отступив от края локализованной в передней трети тела языка злокачественной опухоли на 1,5–2,0 см, выполняют разрез слизистой оболочки верхней поверхности тела языка поэтапно с двух сторон, под углом 30–65°. Электроножом продолжают рассечение собственных мышц языка, слизистой оболочки нижней поверхности тела языка, по направлению к срединной линии, с каждой стороны (рисунок 4).

Операцию завершают V-образной резекцией языка с опухолью в пределах здоровых тканей (рисунок 5).

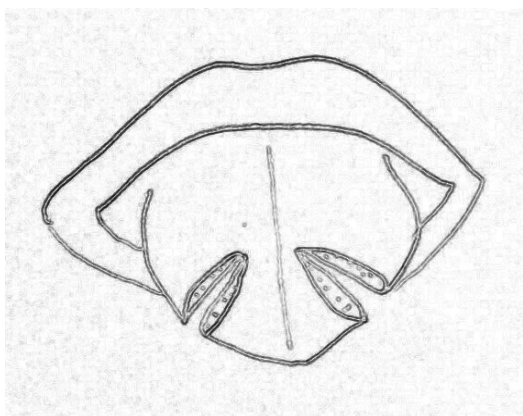


Рисунок 4 — Этап разреза слизистой оболочки по верхней поверхности тела языка

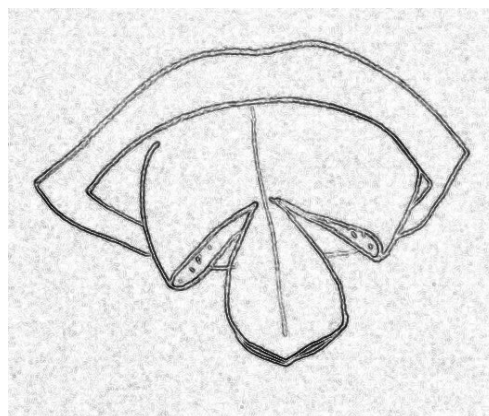


Рисунок 5 — Завершающий этап резекции языка

Таким образом, в результате радикального удаления опухоли образуется сквозной дефект в передней трети подвижной части тела языка (рисунок 6), вершина дефекта треугольной формы расположена кнутри, а основание кнаружи. Размеры дефектов 2,5 см были у четырех пациентов и 3,0 см — у 1 пациента. При выполнении интраоперационного, гистологического контроля радикальности удаления опухоли в случае констатации отсутствия опухолевого роста в краях пострезекционного дефекта приступают к его устранению местными тканями.

В дальнейшем для устранения пострезекционного дефекта использовали собственные

ткани тела языка с сохраненным в них полноценным кровоснабжением и иннервацией (слизисто-мышечные лоскуты языка с обеих сторон). Формирование лоскутов происходит из симметричных остатков части языка. С двух сторон в зону дефекта посредством перемещения в медиальном направлении, к срединной линии и послойного сшивания слизистой оболочки по верхней поверхности тела языка, собственных мышц и слизистой оболочки по нижней поверхности тела языка выполняли одномоментную глоссопластику и восстанавливали анатомическую форму передней трети (рисунок 7), подвижной части неоязыка.

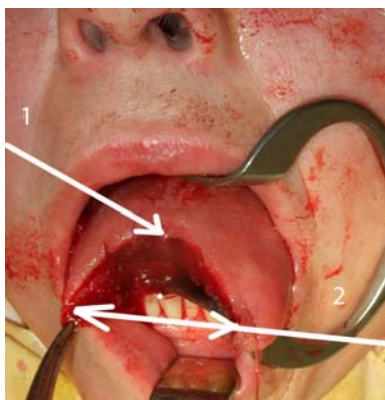


Рисунок 6 — Этап операции: пострезекционный дефект мягких тканей языка трехугольной формы: 1 — вершина дефекта; 2 — основание пострезекционного дефекта

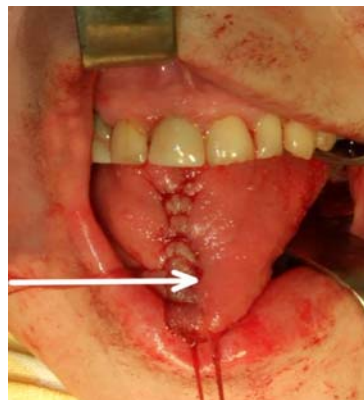


Рисунок 7 — Этап операции: восстановлена подвижная часть передней трети неоязыка (указано стрелкой)

Сохраненная иннервация не ухудшила координированную двигательную активность неоязыка. Все пациенты получали оральное питание, в первые двое суток им назначалась жидкая пища, а с 3 суток пациенты начинали принимать механически мягкую пищу. На 10–11 сутки послеоперационного периода пациенты начинали принимать твердую

пищу. Ко дню выписки на 14–16 сутки пациенты принимали все типы пищи.

До операции темп чтения составлял 125–126 слов/мин, на 15–16 сутки после хирургического лечения — 120 ± 3 слов/мин. Эстетический результат данного хирургического лечения был удовлетворительным (рисунки 8, 9).



Рисунок 8 — Общий вид неоязыка через три месяца (вид спереди)

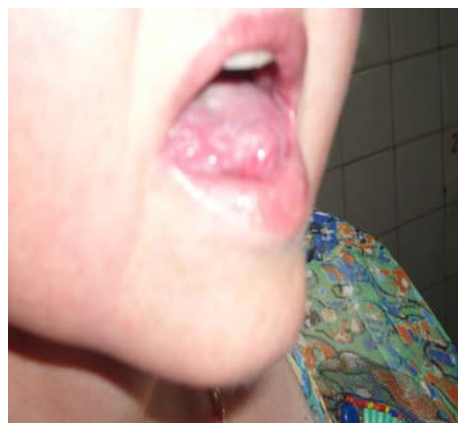


Рисунок 9 — Общий вид неоязыка через три месяца (вид сбоку)

Заключение

1. Разработанный нами метод V-образной резекции передней трети тела языка с применением интрооперационного гистологического исследования краев резекции не нарушает принципов онкологической надежности.

2. Одномоментная глоссопластика пострезекционного дефекта слизисто-мышечными лоскутами из остатков собственных тканей языка позволяет восстановить анатомическую форму передней трети неоязыка, функции речи и глотания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов, М. И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель. — Вестник РОНЦ им. Блохина РАМН. — 2009. — № 3, приложение.
2. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М.: Медицина, 2000. — С. 144–177.

3. Shah, J. Current Concepts in Head & Neck Surgery and Oncology / J. Shah // N. N. Blochin Russian Cancer Research Centr. — Moscow, 16–18 October 2008.

4. Кицманюк, З. Д. Первично-реконструктивные операции у больных злокачественными новообразованиями ротоглотки и ретромолярной области / З. Д. Кицманюк, Е. Л. Чойнзонов, В. А. Новиков // Органосохраняющие и реконструктивные операции в онкологии. — Материалы Всесоюзной конференции. — Томск, 1991. — С. 79–81.

5. Сукошко, О. Г. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований / О. Г. Сукошко, С. А. Красный // Приказ МЗ Республики Беларусь № 258 от 11.03.2012 г. — С. 18–28.

6. Дунаевский, В. А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта / В. А. Дунаевский, Ю. А. Шеломенцев. — Л.: Медицина, 1986. — С. 124–126.

7. Imai, S. Articulatory function after resection of the tongue and floor of the mouth: palatometric and perceptual evaluation / S. Imai, K. J. Michi // Speech Hear Res. — 1992. — Vol. 35(1). — P. 68–78.

8. Functional results after total or near total glossectomy with laryngeal preservation / R. S. Weber [et al.] // Arch. Otolaryngol. // Head Neck Surg. — 1991. — Vol. 117. — P. 512–517.

9. Speech outcomes in Cantonese patients after glossectomy / R. K. Wong [et al.] // Head Neck Surg. — 2007. — Vol. 29. — P. 758–764.

Поступила 04.03.2014

УДК 541.49 + 546. 56

НОВЫЕ ЦЕЗИЙ-ИЗБИРАТЕЛЬНЫЕ СОРБЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ В РАДИОЭКОЛОГИИ. СИНТЕЗ, СТРУКТУРА И СВОЙСТВА МАТРИЧНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ БИНАРНЫХ ЖЕЛЕЗО-МЕДЬ ГЕКСАЦИАНОФЕРАТОВ (II)

В. А. Шумилин, Ю. М. Жученко, В. А. Игнатенко

Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины
Гомельский государственный медицинский университет

Предложен новый методический подход синтеза препаратов бинарных гексацианоферратов (II) на матрице древесного активированного угля.

Приводится анализ ИК-Фурье спектров, результатов рентгеноструктурного анализа, а также экспериментальные результаты исследований по блокированию радионуклидов цезия в модельном водно-солевом растворе. Высказано предположение о различном фазовом состоянии бинарных препаратов в зависимости от намечаемого массового гексацианоферратов (II) меди и железа в процессе синтеза.

Ключевые слова: бинарные препараты, анализ ИК-Фурье спектров, радионуклиды цезия.

NEW CAESIUM SELECTIVE SORPTION MATERIALS IN RADIOECOLOGY. SYNTHESIS, STRUCTURE AND PROPERTIES OF MATRIX PRODUCTS ON THE BASIS OF BINARY IRON-COPPER HEXACYANOFERRATES (II)

V. A. Shumilin, Y. M. Zhuchenko, V. A. Ignatenko

F. Scorina Gomel State University
Gomel State Medical University

The article offers a new methodical approach to synthesis of binary hexacyanoferrate preparations (II) on the matrix of activated charcoal. It presents the experimental results of studies of blocking of cesium radionuclides in