

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

**А.С. Пащенко, А.В. Важенин**

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер»  
Государственный центр лечения легочных заболеваний, туберкулеза  
и торакальной хирургии «Вышне Хаги», Словацкая республика

**Пащенко Алексей Сергеевич**, врач-интервенционный радиолог  
Государственного центра лечения легочных заболеваний,  
туберкулеза и торакальной хирургии,  
059 84, Словакия, Вышне Хаги,  
тел. +421 494 421 182,  
e-mail: pashchenkoalexey@gmail.com.

**Важенин Андрей Владимирович**, д-р мед. наук, профессор,  
член-кор. РАМН, засл. врач РФ,  
454000, Россия, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 42,  
тел. 8 (351) 232-81-58,  
e-mail: vav222@mail.ru

*В исследовании представлены 94 клинических случая местнораспространенного рака шейки матки, осложненного кровотечением. Профузное кровотечение из опухоли шейки матки было успешно остановлено при помощи селективной артериальной эмболизации. Оценивались гемостатический эффект, изменения кровотока в опухоли, изменения размеров опухоли после перенесенной артериальной эмболизации.*

**Ключевые слова:** рак шейки матки, эмболизация, кровотечение.

## EFFECTIVENESS OF ARTERY EMBOLIZATION IN A TREATMENT OF COMPLICATED CERVICAL CANCER

**A.S. Pashenko, A.V. Vazhenin**

Chelyabinsk State Regional Oncology Center  
The State Center of treatment of lung diseases, tuberculosis  
and thoracic surgery «Vishne Hagui», Slovak Republic

*In the present report, we presented 94 cases of cervical cancer with life-threatening vaginal bleeding. The active cervical bleeding was successfully controlled with selective arterial embolization. As the additional effect of the embolization we determined changes of blood supply of the tumor, changing of the tumor size.*

**The key words:** cervical cancer, embolization, bleeding.

### Введение

В настоящее время в мире рак шейки матки (РШМ) занимает второе место по частоте злокачественных опухолевых поражений у женщин. В большинстве случаев (78%) рак шейки матки встречается в развивающихся странах, там он составляет 15% от всех злокачественных опухолей у женского населения и является 2-й наиболее частой причиной смерти от злокачественных опухолей, тогда как в развитых странах он наблюдается только в 4,4% от новых случаев. Наиболее высокие показатели заболеваемости наблюдаются в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, Африки, Южной и Юго-Восточной

Азии, где заболеваемость раком шейки матки может составлять до 80% всей онкологической заболеваемости женской половой сферы. В России же рак шейки матки занимает 6 ранговое место по частоте злокачественных новообразований у женщин [1,3,9]. Выживаемость больных РШМ зависит от ряда факторов, прежде всего, от степени распространенности опухолевого процесса (размера первичной опухоли, ее локализации, наличия региональных метастазов, степени дифференцировки, гистологического типа опухоли), общего состояния организма больной и характера проведенного специального лечения [5]. Большое значение имеет размер опухоли. Это неза-

висимый прогностический фактор при РШМ. Пятилетняя выживаемость при опухолях менее 2 см составляет 90%, от 2 до 4 см - 60%, более 4 см - 40%. Также доказано, что трехлетняя безрецидивная выживаемость при опухолях до 3 см составляет 88,1%, при опухолях более 3 см - 67,6%. В исследованиях Kobayashi K. было доказано, что одним из факторов, прогнозирующих эффективность специальной терапии, является первичный объем шейки матки. У пациентов с объемом опухоли менее 80 см<sup>3</sup> результаты лечения лучше, а 5-летняя выживаемость выше по сравнению с пациентами, опухоль у которых более 80 см<sup>3</sup>. Большой размер опухоли (>4 см) также коррелирует с более частыми метастазами в лимфатических узлах и значительным снижением выживаемости [11]. Немаловажное значение для прогноза также имеет общее состояние больной и сопутствующая патология на момент начала и в процессе лечения. При длительном анамнезе заболевания часто присоединяются иммунодепрессия и вторичная анемия, обусловленная кровотечением из опухоли и опухолевой интоксикацией. Коррекция анемии и остановка кровотечения требуют некоторого времени, что ещё больше отсрочивает начало лечения или прерывает его [10]. Трудности эффективного лечения больных РШМ обусловлены рядом причин. Большинство больных имеют продолжительный анамнез заболевания и длительное время не обращаются за медицинской помощью. В результате более чем в 50% случаев рак шейки матки выявляется в III-IV стадии [2,5]. В большинстве случаев обратиться к врачу заставляет кровотечение, которое осложняет течение рака шейки матки в 55-83,5% случаев и является основным симптомом опухолевого поражения, нередко является профузным и резко ухудшает общее состояние больных. Профузный характер кровотечения встречается в 11% случаев и требует проведения экстренных мероприятий. Методы борьбы с данными кровотечениями ограничены в силу анатомии и распространенности опухолевого процесса в малом тазу [6]. Кроме того, у пациенток присутствует вторичная анемия, которая способствует не только ухудшению общего самочувствия, но и ограничению применения специальных методов лечения, таких как химио- и лучевая терапия. Для коррекции анемии требуется некоторое время, что ещё больше отсрочивает начало лечения. Тенденция к росту и увеличению показателей запущенности при раке шейки матки, частое наличие тяжелого осложнения в виде кровотечения из сосудов шейки матки и развивающейся постгеморрагической анемии разной степени тяжести показывают необходимость поиска методов борьбы с главным и наиболее тяжелым осложнением [6,8].

Эффективность консервативных мероприятий по обеспечению гемостаза составляет от 50 до 90% по данным разных авторов, при сохранении риска рецидива кровотечений и перерывов в лечении, что нельзя признать удовлетворительным. Из всех известных хирургических методов, у больных РШМ доступны лишь немногие: криодеструкция, электрокоагуляция, экстренная гистерэктомия, перевязка внутренних подвздошных артерий, рент-

геноэндovasкулярная окклюзия маточных или внутренних подвздошных артерий. Криодеструкция и электрокоагуляция применяется редко из-за малой эффективности этих методов при раке шейки матки. Показания к проведению данных видов гемостаза при опухолях шейки матки весьма сомнительны по причине невозможности проведения адекватной остановки кровотечения в опухолевой ткани, богатой сосудами. Экстренная гистерэктомия может быть применена лишь в немногих случаях в виду наличия параметральных инфильтратов и поражения региональных лимфоузлов, затрудняющих техническое выполнение операции. Эффективным методом остановки кровотечения является перевязка магистральных сосудов. Перевязка внутренних подвздошных артерий (ВПА) по сравнению с гистерэктомией обладает меньшим операционным риском и быстротой выполнения 15-20 минут, что является важным фактором для ослабленных пациенток на фоне распространенного рака шейки матки. Недостатки перевязки ВПА - быстрое развитие коллатерального кровообращения обеспечивает кратковременный гемостатический эффект; вовлечение параметральной клетчатки и наличие локорегиональных паравазальных метастазов в опухолевой процесс приводит к трудностям при перевязке ВПА; существует высокий риск ранения мочеочника, подвздошной вены, перевязки наружной подвздошной артерии; травматичность вмешательства (лапаротомия, двусторонние экстраперитонеальные разрезы); необходимость общего обезболивания, предоперационной подготовки; ишемические осложнения. Ограниченность применения перевязки внутренней подвздошной артерии заставляет искать менее травматичные методики гемостаза [4,7,8].

#### **Материалы и методы**

С 2006 года в практику I радиологического отделения Челябинского окружного клинического онкологического диспансера (ЧОКОД) внедрено применение эмболизации артерий малого таза, показания для проведения которой были определены у 94 пациенток в возрасте от 27 до 64 лет с IIb - IVb стадиями РШМ. Возраст больных варьировал от 27 до 65 лет. Средний возраст в исследуемой группе составил 43,9 лет. Распределение больных по стадиям представлено в таблице №1.

**Таблица 1**  
**Распределение больных раком шейки матки по стадиям**

Стадия	IIb	IIIa	IIIb	IVa	IVb	Всего
Число пациенток	3	73	11	2	5	94

У всех пациенток клинический диагноз рака шейки матки имел морфологическое подтверждение по гистологической классификации опухолей женского полового тракта ВОЗ (1993): плоскоклеточный рак наблюдался в 57 случаях (60,6%), аденокарцинома - у 21 (22,3%) пациентки и железисто-плоскоклеточный рак - у 6 (6,3%) пациенток. При статистическом анализе больных по морфоло-

гическому варианту опухоли выявлено, что в группе больных преобладал плоскоклеточный рак, в данной подгруппе преобладал вариант умеренной степени дифференцировки 62 (65,9%). Что касается клиники кровотечений из опухоли шейки матки, у 42 (44,6%) пациенток кровотечение было в наличии при поступлении, у 18 (19,1%) пациенток клиника кровотечения развилась в процессе получения специального лечения. У 28 (29,7%) пациенток в анамнезе были эпизоды кровотечений, потребовавшие госпитализации, наличие кровотечений в анамнезе и эпизоды в условиях ЧОКОД потребовали проведения им мер гемостатической терапии. Следует отметить, что у 11 (11,7%) присутствовала клиника профузного кровотечения. До применения методов гемостаза в ЧОКОД 62 (65,9%) пациентки ранее получали консервативное кровоостанавливающее лечение в гинекологических стационарах, из них только у 16 (17,0%) из этой группы проводимые мероприятия имели выраженный эффект и остановку кровотечения, в остальных случаях консервативные меры приводили к снижению темпов кровотечения или не имели эффекта вообще, и пациентки были переведены в ЧОКОД с клиникой продолжающегося кровотечения и тугой тампонадой. У 94 больных удалось выполнить эмболизацию. Эффект мы оценивали у всех больных этой группы. При наличии кровотечения из сосудов опухоли до начала лечения или наличия кровотечения в анамнезе с наличием анемии артериальную эмболизацию применяли первым этапом лечения. Всего эмболизацию артерий малого таза (ЭАМТ) до проведения специального лечения получили 35 пациенток (37,2%). У остальных больных включение ЭАМТ в схему лечения основывалось на наличии клинического эффекта от проводимого химиолучевого лечения, угрозы или кровотечения из сосудов опухоли в процессе лечения. 47 пациенток (50,0%) перенесли ЭАМТ в процессе прохождения неoadъювантной полихимиотерапии. 12 пациенткам (12,7%) ЭАМТ была выполнена при наличии кровотечения в процессе получения лучевой терапии. По признаку срочности выполнения операции, в 74 случаях (78,7%) ЭАМТ была выполнена в экстренном порядке из-за начавшегося или продолжающегося кровотечения из сосудов опухоли шейки матки. При этом следует отметить, что проведение консервативных мероприятий гемостаза до артериальной эмболизации было эффективно в 7 случаях, в 32 случаях эффект проявлялся в уменьшении темпов кровотечения, в остальных 55 (58,5%) случаях эффекта в течение 2-3 дней не наблюдалось. В остальных 20 случаях (21,2%) эмболизация маточных артерий была выполнена в плановом порядке при наличии кровотечения в анамнезе и анемии. Время выполнения оперативного вмешательства составило от 12 до 58 минут, средняя продолжительность операции составила 22 минуты  $\pm$  6,3 мин. Для проведения катетеризации под рентгеновским наведением мы чаще всего использовали катетеры для периферических сосудов Cordis 5F C2 и Cook 5F CL (F=0,33мм, форма катетера «кобра» или «крючок»,

длина 80 см), проводники Storz Cordis с мягким J-образным кончиком во избежание травматизации стенки сосудов, упрощающие навигацию. Для эмболизации артерий малого таза мы использовали гидрогелевые эмболы «Эмбокс» диаметром 500 – 700 мкм и эмболизационные спирали «СООК». Расход эмболизирующих агентов составил от 1 до 4 ампул гидрогеля и 1 стандартный набор спиралей на каждую манипуляцию. В технически сложных случаях использовали катетеры другой формы, изгибая их контрлатеральной позицией в подвздошной артерии, почечных артериях или дуге аорты. Селективность артериальной эмболизации определялась после диагностической ангиографии, позволяющей оценить характер ветвления сосудов, анатомические особенности и наличие признаков неоваскуляризации в области малого таза. Характерной картиной опухолевого поражения шейки матки было наличие очагов гиперваскуляризации, усиленного накопления контрастного вещества в артериальную фазу контрастирования, симптом «озер и луниц». Одновременно проверялось отсутствие выраженного коллатерального кровоснабжения с яичниковой артерией во избежание миграции эмболов. Что касается объема оперативного вмешательства, 61 (64,8%) больным выполнена селективная катетеризация и эмболизация маточных артерий с 2-х сторон, 10 (10,6%) больным произведена эмболизация дистальных ветвей внутренних подвздошных артерий по причине невыраженности маточных артерий при наличии обильного кровоснабжения опухоли сосудами внутренней подвздошной артерии. 13 (13,8%) больным выполнена эмболизация и маточных артерий, и дистальных ветвей внутренних подвздошных артерий с обеих сторон в связи с наличием обильной васкуляризации, источником которой не являлись маточные артерии, что было выявлено интраоперационно. 8 (8,5%) пациенткам выполнена эмболизация маточной артерии с одной стороны и дистальных ветвей внутренней подвздошной артерии с другой стороны, что было связано с более обильной васкуляризацией в параметрии с одной стороны. У 2 пациенток вмешательство выполнено лишь с одной стороны: в первом случае показанием для эмболизации ветвей внутренней подвздошной слева было наличие инфильтрата в левом параметрии, объем которого не уменьшался от применения ни полихимиотерапии, ни сочетанной лучевой терапии. Во втором случае, после эмболизации левой маточной артерии катетеризировать правую из того же доступа не представилось возможным. Планировалось повторное вмешательство, попыткой катетеризации правой маточной артерии из другого доступа, однако пациентка отказалась от проведения манипуляции и дальнейшего лечения в целом. Следует отметить, что применение эмболизационных спиралей для редукции кровотока было обусловлено проявлением массивного кровотечения, когда эмболизация дистального сосудистого русла опухоли гидрогелевыми эмболами была бы не эффективна. После окончания эмболизации выполняли контрольную ангиографию, позволя-

ющую оценить степень редукции кровотока. При эффективной эмболизации наблюдался эффект «стоп-контраст» в артериях, в которые введено эмболизирующее вещество, отсутствие патологической сосудистой сети и сброс контрастного вещества в другие ветви внутренней подвздошной артерии и бассейн наружной подвздошной артерии. В целом при выполнении эмболизации не было отмечено технических препятствий, связанных с проведенной ранее полихимиотерапией и лучевым лечением. Такие рентгенологические признаки как узурация сосудов, сдавление сосудов извне не наблюдалось.

### Результаты и обсуждение

Полный гемостатический эффект после проведения эмболизации маточных артерий при наличии активного кровотечения был достигнут у 54 пациенток (68,0%), у 16 пациенток (17,0 %) отметили снижение темпа кровотечения с последующей его постепенной остановкой в течение 5-7 дней. У 2 пациенток, которым была произведена эмболизация маточной артерии только с одной стороны, гемостатического эффекта не наблюдалось. У 2 пациенток ЭАМТ привела лишь к снижению темпов кровотечения и они продолжили лечение на фоне тампонады и консервативных мероприятий. Рецидив кровотечения мы наблюдали у 8 (8,5%) пациенток, он наблюдался две недели и более после эмболизации и был связан с распространенностью процесса и прогрессированием на фоне лечения. У 20 (21,2%) пациенток, которым эмболизация была выполнена с целью профилактики кровотечения, кровотечения в дальнейшем мы не наблюдали. Как дополнительный эффект остановки кровотечения с использованием эмболизации артерий малого таза, отметим выраженные изменения объема первичной опухоли. Всего ультразвуковое исследование по изменению объема шейки матки проведено 59 пациенткам (62,7%). Это связано с тем, что зачастую проведение ультразвукового исследования шейки матки не представлялось возможным по тяжести состояния, наличию массивного кровотечения, а также из-за высокого риска возникновения кровотечения из сосудов опухоли во время исследования (у больных с большими экзофитными и смешанными опухолями). Средние показатели объема шейки матки представлены в таблице 2.

Таблица 2

### Изменение объема шейки матки при при- менении артериальной эмболизации

Объем первичный	Средний объем шейки матки до ЭАМТ, см <sup>3</sup>	Средний объем шейки матки после ЭАМТ, см <sup>3</sup>
Первичный объем менее 80 см <sup>3</sup> (n=41)	45,4±5,8*	31,2±6,7*
Первичный объем 80 см <sup>3</sup> и более (n=18)	92,1±10,6*	59,1±8,3*
Сумма двух групп (n=59)	60,9±15,8*	4±11,3*

\* - различия статистически достоверны между категориями до ЭАМТ и после (парный критерий Стьюдента,  $p < 0,05$ )

В таблице исследования, основываясь на литературных данных о прогнозировании результатов лечения больных местнораспространенным раком шейки матки, на основании первичного объема шейки матки, больных разделили на 2 группы: больные, у которых объем шейки матки до лечения составлял менее 80 см<sup>3</sup> (n = 41) и больных, объем шейки матки у которых был 80 см<sup>3</sup> и более (n = 18). Уменьшение объема больше происходило у больных, у которых объем шейки матки исходно был более 80 см<sup>3</sup> и составило 33см<sup>3</sup> у больных, у которых объем шейки матки составлял до лечения менее 80 см<sup>3</sup>, он уменьшался на 14,2 см<sup>3</sup>. С учетом уменьшения размеров опухолевого узла 16 пациенток, ранее запланированных на паллиативное химиолучевое лечение, смогли получить полный объем специального лечения с включением внутриматочной гамма-терапии.

При оценке показателей доплерографии были получены следующие данные: максимальная систолическая скорость в сосудах шейки матки варьировала в пределах от 5,45 до 38,1 см/сек. (в среднем 15,8 см/сек.), индекс резистентности сосудов шейки матки был в пределах 0,17 до 1,33 (в среднем он составил 1,04). Произошло изменение систолической скорости в сосудах шейки матки: от 3,9 до 68,5 см/сек. и в среднем 17,3 см/сек., индекс резистентности варьировал в пределах от 0,1-0,94, в среднем составил 0,68. После применения АЭ на 7 день максимальная систолическая скорость в сосудах шейки матки варьировала от 4,1 до 59,9 см/сек. и в среднем составила 17,0 см/сек., индекс резистентности варьировал в пределах 0,12-1,12 в среднем составил 0,77. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

### Оценка показателей доплерографии

N=51	До ЭАМТ	На 3 день после ЭАМТ	На 7 день после ЭАМТ
Скорость кровотока	15,8±3,1 см/сек.*	17,3±4,3 см/сек.*	17,0±5,1 см/сек.*
Индекс резистентности	1,04±0,3*	0,68±0,3*	0,77±0,4*

\* - статистически достоверных различий нет (парный критерий Стьюдента,  $p < 0,05$ )

Сравнивая средние показатели скорости кровотока и индекса резистентности, можно отметить недостоверные изменения показателей скорости кровотока, что косвенно свидетельствует о возможности проведения в дальнейшем следующих курсов химиолечения и незначительном ишемическом повреждении тканей опухоли.

Постэмболизационный синдром наблюдался у 88 (93,6%) пациенток и проявлялся в виде болевого синдрома различной степени выраженности по шкале вербальной оценки, гипертермии, тошноты, рвоты и артралгии. Болевой синдром различной интенсивности наблюдался у 86 больных (89,3%) и у 8 не был выражен вообще (8,5%). Наиболее частое время начала болевого синдрома – момент

введения эмболизирующих агентов (80,8%). 44 (46,8 %) пациентки отметили болевой синдром в I балл, 40 пациенток (42,5%) – II балла, III степень болевого синдрома встретилась в 2 (2,1%) случаях. При болевом синдроме I степени назначались противовоспалительные анальгетические препараты, II балла болевого синдрома требовали дополнительного назначения трамадола. При выраженном болевом синдроме 2 пациенткам были назначены наркотические анальгетики. Продолжительность болевого синдрома наблюдалась от 1 до 8 дней, средняя продолжительность составила 2,43 дня. Проявления гипертермии также имели различную степень выраженности. У 26 (27,6%) пациенток явления гипертермии отсутствовали либо температура повышалась до 36,9 без изменения общего состояния. Выраженность температурной реакции также была различной: у 29 (30,8%) пациенток она носила фебрильный характер, у 35 (37,2%) - субфебрильный. У 4 (4,2%) пациенток температурная реакция достигала 39,0 градусов. Длительность лихорадки составляла от 1 до 9 суток, в среднем около 3,5 дней с максимумом повышения температуры тела в 1-2 сутки. Коррекция температурной реакции происходила путем назначения инфузионной, противовоспалительной, антибактериальной терапии. Также следует отметить, что выраженность температурной реакции была тем больше, чем больший объем опухоли имелся у пациентки. Из прочих реакций наблюдалась тошнота у 54 (57,4%) пациенток, однократная рвота - у 24 (25,5%) пациенток, многократная рвота - у 13 (13,8%), явления артралгии - у 8 (8,5%) пациенток. Всем пациенткам в послеоперационном периоде назначалась обильная гидратация, десенсибилизирующая и противорвотная терапия. Во вторую группу осложнений мы вынесли прочие ситуации и патологические состояния, возникновение которых обусловлено проведением интервенционного вмешательства. Гематомы области пункции у 6 (6,3 %) пациенток возникли на начальных этапах выполнения работы и освоения методики. Также наблюдалось такое осложнение, связанное непосредственно с введением эмболизирующих агентов в просвет артерий, как ишемическая нейропатия - у 11 (11,7%) больных. У 2 (1,6 %) пациенток наблюдалось обострение хронического аднексита в послеоперационном периоде, которое разрешилось при проведении антибактериальной терапии. В отдельную группу необходимо выделить 2 клинических случая проведения ЭАМТ у пациенток с наличием большой опухоли шейки матки с прорастанием опухоли в мочевого пузырь и прямую кишку. Пациентки поступили в стационар в тяжелом состоянии с клиникой некупирующегося кровотечения, им была показана ЭМА. После проведенной ЭМА в течение 6 и 13 дней соответственно у пациенток были диагностированы прямокишечно-влагалищный и мочепузырно-влагалищный свищи. Но при этом следует отметить, что проведенная ЭАМТ позволила купировать кровотечение из опухоли шейки матки, стабилизировать общее состояние и провести курсы паллиативной химиотерапии.

### **Заключение**

Артериальная эмболизация является эффективным методом остановки кровотечения из опухоли шейки матки при местнораспространенном процессе в подавляющем большинстве случаев, с минимальными перерывами в лечении. Манипуляция проводится под местной анестезией и является легко переносимой пациентками. Наряду с гемостатическим эффектом, отмечен эффект в виде уменьшения опухолевого узла, что позволяет расширить объем специальной помощи пациенткам с данной патологией включением в схему лечения внутриполостной гамма-терапии. Отсутствие выраженных изменений в кровоснабжении позволяет проводить эмболизационную процедуру первым этапом лечения и до применения системной химиотерапии.

### **Список литературы**

1. Бехтерева С.А. К вопросу об эпидемиологии рака шейки матки в Челябинской области / С.А. Бехтерева, А.В. Важенин, Т.А. Васильева // Иероглиф. - 2004. - Т. 7. - №24. - С. 871-872.
2. Бохман Я.В. Ошибки диагностики и лечения в онкогинекологии / Я. В. Бохман, Г. П. Лоскутова // Ошибки и опасности в онкологической практике. - Ташкент: Медицина, 1985. - С. 140-162.
3. Ганцев Ш.Х. Заболевания шейки матки / Ш.Х. Ганцев, Р.В. Орлова, И.Р. Рахматуллина. - Уфа, 2005. - 144 с.
4. Гранов А. М. Перспективы развития новых технологий лучевого и комбинированного лечения злокачественных опухолей уrogenиталий / А.М. Гранов, Г.М. Жаринов, В.Л. Винокуров, А.С. Арзуманов, Т.И. Станжевская // Лучевая терапия в онкогинекологии и онкоурологии. - СПб.: Фолиант, 2002. - С. 338-349.
5. Жаринов Г.М. Очерки лучевой терапии рака шейки матки / Г.М. Жаринов, А.В. Важенин. - Челябинск, 2002. - 167 с.
6. Жаринов Г.М. Интервенционное лечение больных раком шейки матки / Г.М. Жаринов, П.Г. Таразов, Ю.В. Суворова // Очерки лучевой терапии рака шейки матки. - Челябинск, 2002. - С. 137-143.
7. Сабекия И. М. Роль рентгеноэндovasкулярных вмешательств в комбинированном лечении больных местнораспространенным раком шейки матки / И.М. Сабекия, И.В. Столярова, В.М. Винокуров // Вопр. онкологии. - 2004. - Т. 50. - №5. - С. 590-594.
8. Таразов П. Г. Рентгеноэндovasкулярные вмешательства в онкоурологии и онкогинекологии / П.Г. Таразов, Ю.В. Суворова, Д.А. Гранов // Лучевая терапия в онкогинекологии и онкоурологии. - СПб.: Фолиант. - 2002. - С. 250-283.
9. Чиссов В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2008 году / под ред. В.И. Чиссова и др. - М., 2009. - 192 с.
10. Cancer Incidence in Five Continents. Vol VII / Ed. By D.M. Parkin, S.L. Whelan, J. Ferlay et al. / IARC Sci Publ. - №143. - Lyon, 1997.
11. Giorgi-Rossi P. The impact of new technologies in cervical cancer screening: results of the recruitment phase of a large randomised controlled trial from a public health

perspective / P. Giorgi-Rossi, N. Segnan, M. Zappa et al. // Int. J. Cancer. - 2007. - Vol. 121. - № 12. - P. 2729-1234.  
12. Kobayashi K. Neoadjuvant intra-arterial chemotherapy for locally advanced uterine cervical

cancer: clinical efficacy and factors influencing response / K. Kobayashi, A. Furukawa, M. Takahashi, K. Murata // Cardiovasc Intervent Radiol. - 2003. - Vol. 26. - №3. - P. 234-241.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ РТА

**П.В. Светицкий, М.В. Баужадзе**

**ФГУ Ростовский научно-исследовательский онкологический институт**

**Светицкий Павел Викторович**, научный руководитель отделения опухолей головы и шеи РНИОИ, д-р мед. наук, профессор,  
**Баужадзе Мамука Важаевич**, аспирант отделения опухолей головы и шеи РНИОИ,  
344037, Россия, г. Ростов на Дону, ул. 14-линия, д. 63,  
тел. 8 (863) 253-83-90,  
e-mail: rnioi@list

*Разработан способ операции местно – распространенного рака языка и дна полости рта.*

*Операция данным способом была проведена 20 больным. Предлагаемый способ позволяет сохранить функцию языка, исключив его деформацию и западение, улучшает качество жизни, восстанавливая естественное дыхание, глотание и речь. 2-годичная безрецидивная выживаемость имела место у 43,8±11,0% а общая – у 56,3±10,0% больных.*

**Ключевые слова:** рак, полость рта, пластика, кожный лоскут.

## SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED TONGUE CANCER AND CANCER OF ORAL CAVITY

**P.V. Svetitsky, M.V. Bauzhadze**

**Rostov Research Cancer Institute**

*The method of operation at locally-advanced tongue cancer and cancer of oral cavity is presented.*

*The operation has been performed in 20 patients. The method allows to preserve tongue function without its deformation and falling back, improves life quality, restores natural breathing, swallowing and speech. By the end of 24 months survival in free period was observed in 43,8±11,0% patients, total survival – 56.3±10,0% patients.*

**The key words:** cancer, oral cavity, cutaneous, flap grafting.

### **Введение**

В последние годы в Российской Федерации и за рубежом отмечается рост заболеваемости раком органов полости рта и глотки (РОПР и Г) [1,3]/ Рост данной патологии связывается с курением, употреблением крепких алкогольных напитков, неполноценным питанием, плохой гигиеной полости рта,

HPV – инфекцией, неудовлетворительными результатами лечения предраковых заболеваний.

В Ростовской области в 2010 г. заболеваемость РОПР и Г составила 7,9 (на 100 тыс. населения), превысившая заболеваемость в Российской Федерации – 7,2 [1], что выдвинуло область на 7-е место по заболеваемости среди других субъектов Российской Федерации [2].