

**Опухоли ГОЛОВЫ и шеи в
Курской области –
ВОЗМОЖНОСТИ
специализированной помощи
больным.**

Актуальность:

- Злокачественные опухоли головы и шеи составляют 5-7% в структуре общей онкологической патологии.
- Около 70% случаев заболеваний выявляется в III–IV стадиях.
- Опухоли этой локализации характеризуются инфильтративным ростом и ранним регионарным метастазированием.
- В 60–80% у больных диагностируются регионарные метастазы в лимфатических узлах шеи.
- Хирургический этап лечения является основным в лечении опухолей головы и шеи.

- Оперативные вмешательства отличаются повышенной технической сложностью, т.к. требуют комбинированного моноблочного удаления сразу нескольких органов, удаления регионарного лимфатического аппарата шеи с одной или с двух сторон.
- Ввиду анатомо-физиологических особенностей области головы и шеи оперативное лечение, в большинстве случаев, приводит к инвалидизации и социальной дезадаптации пациентов.
- Реконструктивно-пластические вмешательства после перенесенных расширенных, комбинированных операций по поводу опухолей головы и шеи представляют значительную хирургическую проблему.

- Накопленный хирургами опыт, внедрение новых технологий, достижения второй половины XX века в анестезиологии и интенсивной терапии дали возможность значительно расширить границы хирургической агрессии и привели к пересмотру принципов лечения больных с местно-распространенными формами опухолей в сторону активизации хирургической тактики.
- Оптимальная идеология хирургии рака органов головы и шеи на современном этапе – одномоментные расширенно-комбинированные операции с реконструктивно-пластическим компонентом, основанные на принципах максимальной безопасности, онкологической адекватности и высокой функциональности.

Заболеваемость по РФ и Курской области

Наименование патологии	Заболеваемость на 100тыс населения.		
	2016г.	2015г.	2014г.
Губа	2,9	2,4	2,9
РФ		1,75	1,82
Полость рта	8,8	8,2	8,1
РФ		6,12	5,77
Глотка	7,3	6,5	7,0
РФ		3,69	3,44
Гортань	7,7	8,0	6,7
РФ		4,72	4,55

Распределение по стадиям по РФ по Курской области

Стадия/ локализация	I		II		III		IV	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Губа	89.6	51.5	6.8	30.3	3.6	18.2		
РФ	56.3		29.9		8.6		4.7	
Полость рта	15.9	15.3	20.5	28.2	57.4	44.3	6.2	12.2
РФ	10.4		25.9		34.0		29.7	
Глотка	5.4	5.5	13.5	20.9	73.0	65.9	8.1	7.7
РФ	4.5		14.4		37.4		43.1	
Гортань	15.6	19.6	22.9	25.0	56.6	50.3	4.9	5.1
РФ	12.8		26.2		41.1		18.1	

Распределение больных по локализации опухоли.

Диагноз	%
Рак гортани	27,0
Рак полости рта, языка, ротоглотки	26,6
Рак полости носа и придаточных пазух	1,2
Рак верхней и нижней губы	15,9
Рак щитовидной железы	8,4
Рак кожи	16,8
Внеорганные опухоли шеи	0,5
Рак слюнных желез	3,6

Рак слизистой оболочки твердого неба.



Рак кожи нижнего века.



карт

Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти.



Рак кожи подглазничной области.



Рак поднижнечелюстной слюнной железы.



Злокачественная шваннома верхней челюсти.



Рак щитовидной железы с метастазами в лимфоузлы шеи.



Стратегия и тактика хирургического лечения.

- **1. Тщательное обследование больного на предоперационном этапе с целью определения общесоматического статуса, распространенности опухолевого процесса, прогнозирования возможных интра- и послеоперационных осложнений.**
- **2. Выполнение предоперационной подготовки больного, направленной на снижение риска возникновения осложнений.**
- **3. Применение адекватного хирургического доступа с определенной последовательностью удаления распространенных как первичных опухолей, так и метастатических.**

- **4. Разработана методика реконструкции дефектов полости рта, глотки, шейного отдела пищевода, направленная на предупреждение развития несостоятельности швов и гнойно-септических осложнений.**
- **5. Используется система профилактики аррозивных кровотечений из магистральных сосудов шеи после удаления местно-распространенных опухолей, путем рационального индивидуального прикрытия сосудистых пучков аутотрансплантатами, аутогенными материалами.**

- **Расширенные и комбинированные операции сопровождаются, при отсутствии противопоказаний, реконструктивно-пластическим компонентом.**
- **Также реконструктивные операции могут выполняться вторым этапом, после уже проведенного оперативного, комбинированного либо комплексного лечения.**

- **Использование операционного микроскопа позволяет значительно расширить арсенал реконструктивных операций.**
- **Используемые в работе методики позволяют достоверно снизить количество послеоперационных осложнений и сократить послеоперационный койко-день, а также уменьшить временной период между хирургическим и консервативными этапами противоопухолевого лечения.**

Объем выполненных операций.

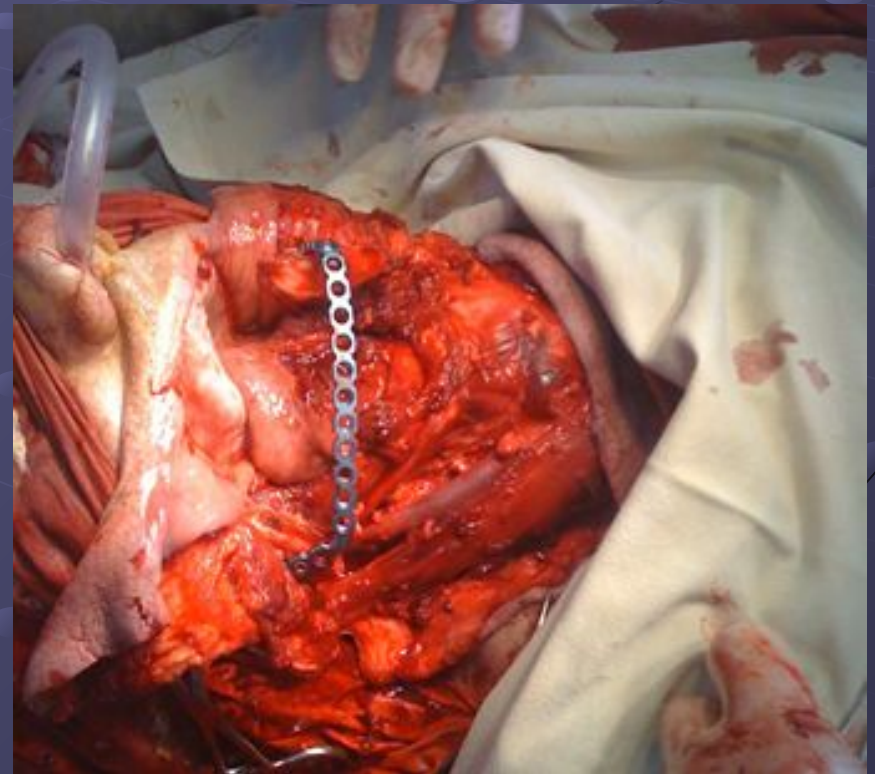
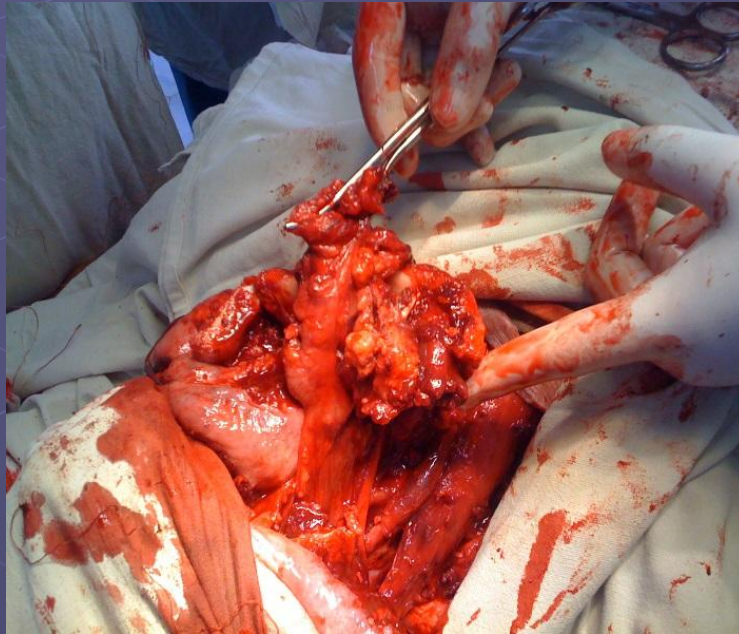
Объем операции	Абс.
Ларингэктомия	90
Резекции языка, дна полости рта, нижней челюсти	81
Операции на слюнных железах	32
Операции на щитовидной железе	69
Операции на мягких тканях и коже	78
Операции на верхней и нижней губе	39

Резекция носа, верхней челюсти	17
Трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием	19

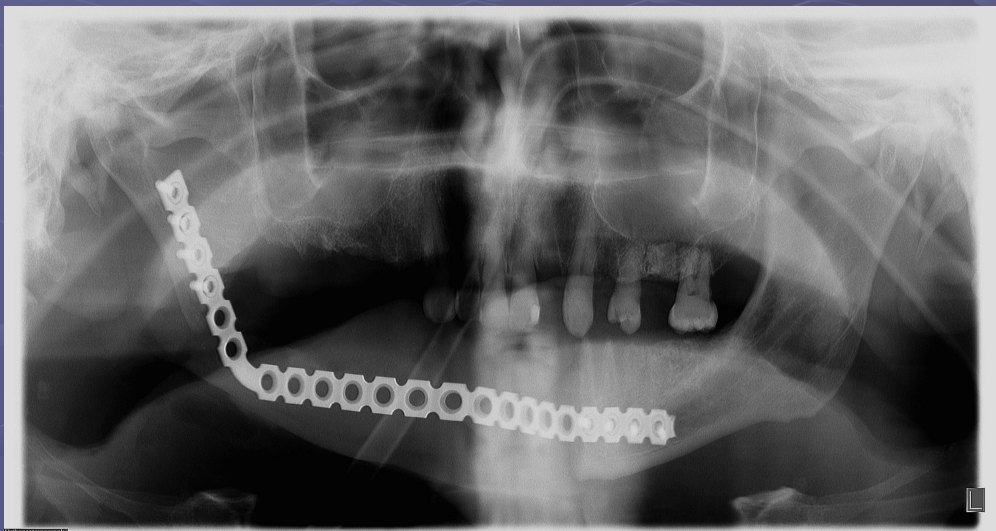
Футлярно-фасциальная шейная диссекция	71
Операция Крайля	47

Количество операций	543
----------------------------	------------

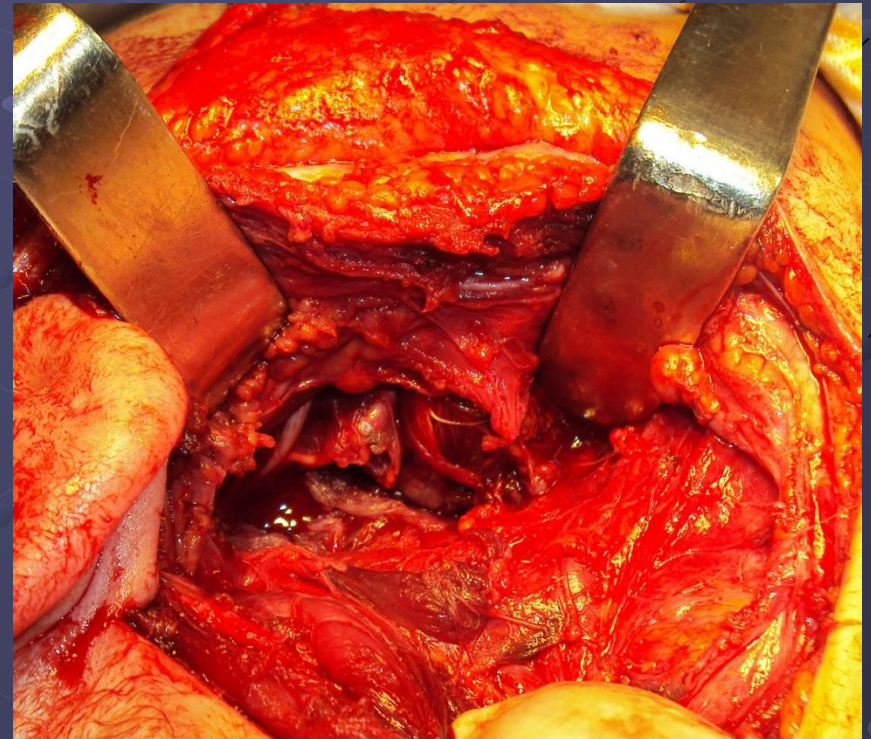
Рак слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти.



Остеинтез нижней челюсти титановым протезом.



Парафарингеальная опухоль.



Злокачественная шваннома верхней челюсти.



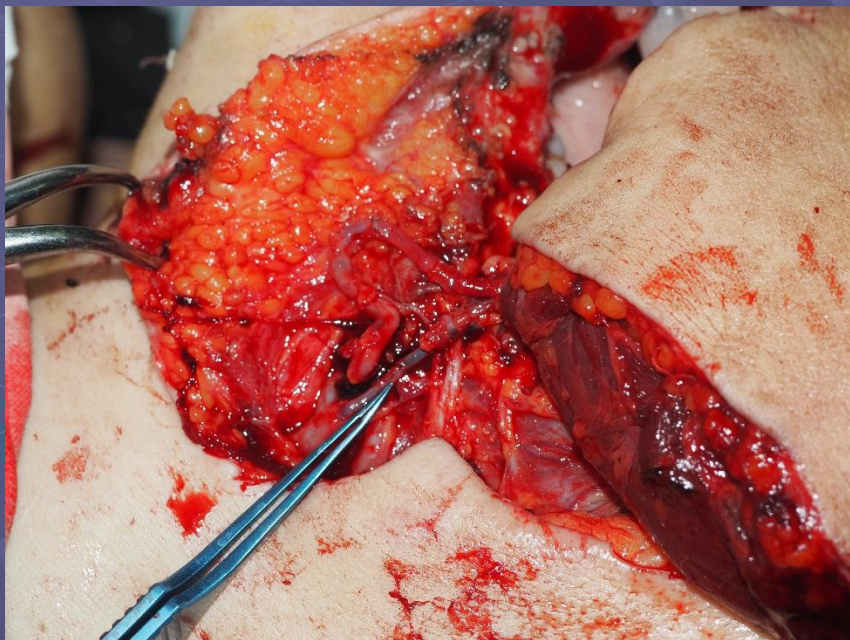
**Лоскут с включением широчайшей
мышцы спины и наложением сосудистых
анастомозов на питающие сосуды.**



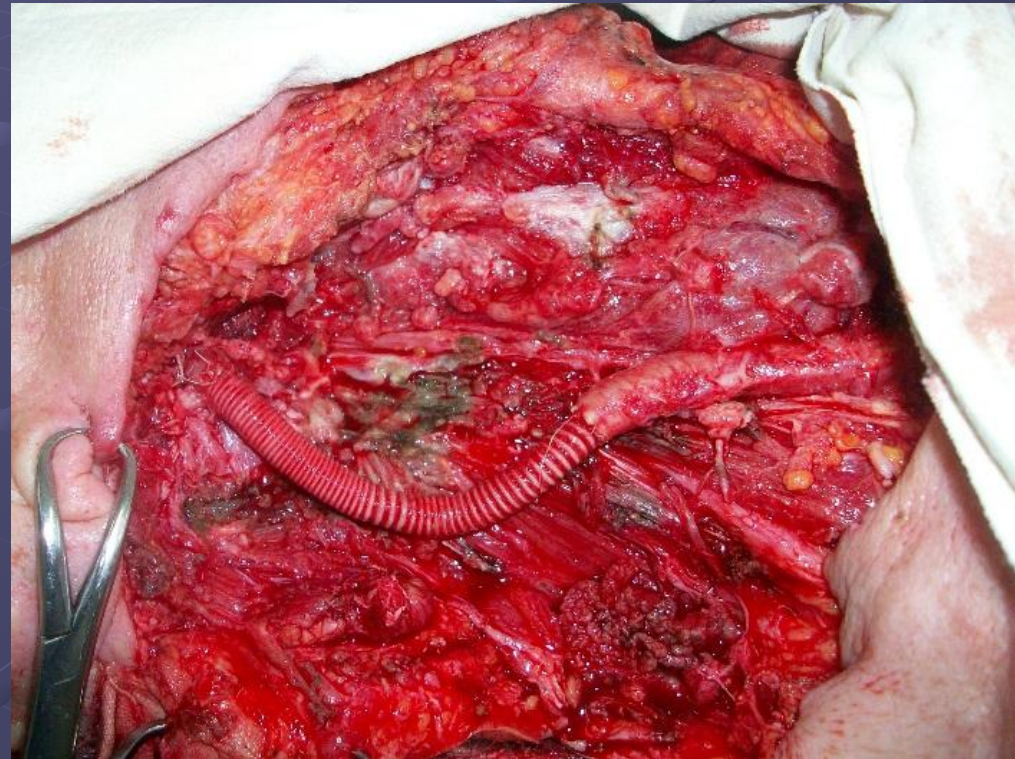
Рак верхней челюсти.



**Лоскут с включением широчайшей
мышцы спины и наложением
сосудистых анастомозов на питающие
сосуды.**



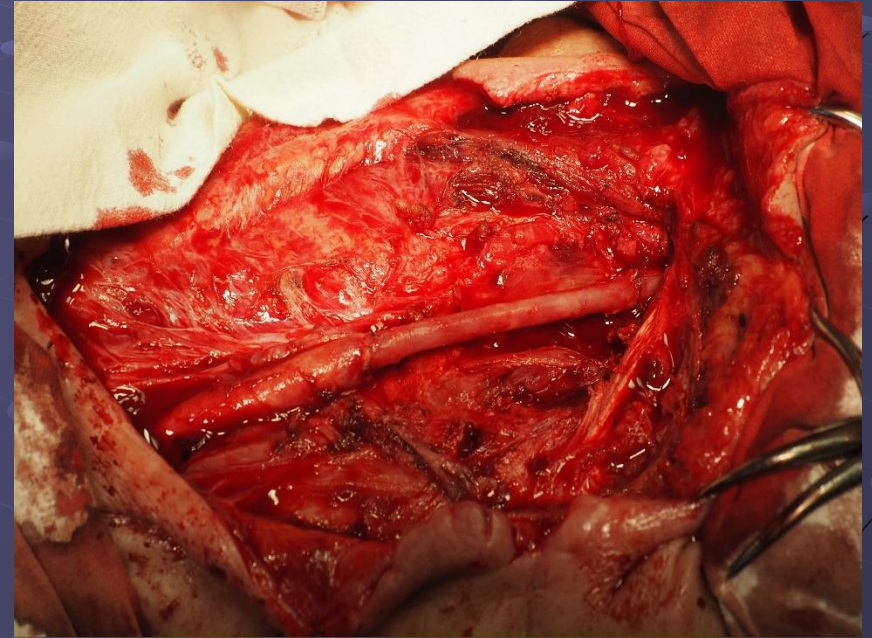
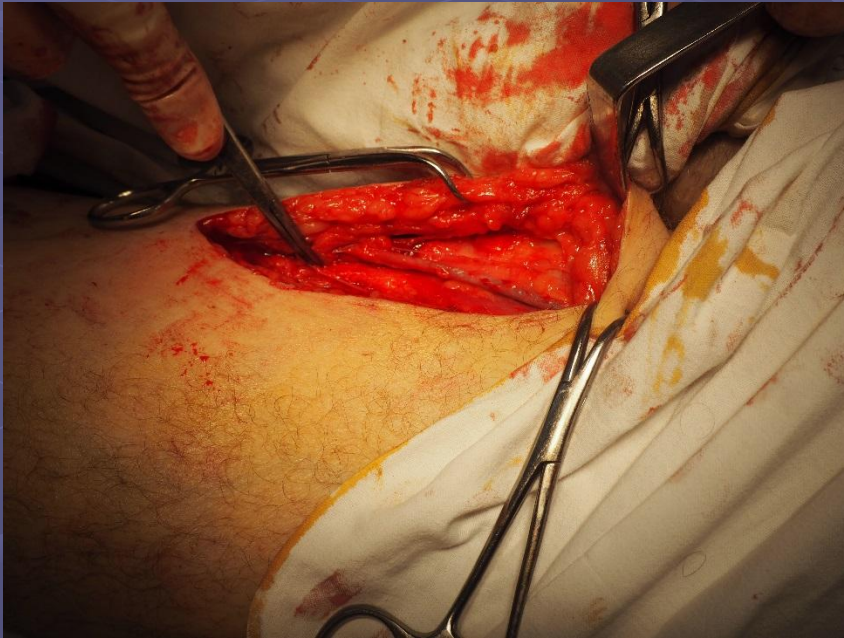
Метастазы рака с прорастанием сосудисто-нервного пучка шеи. Протезирование общей сонной артерии.



Рецидив метастаза плоскоклеточного рака после комбинированного лечения рака гортани



Пластика внутренней сонной артерии большой подкожной веной бедренной





Рак корня языка. Хирургическое лечение рецидива с отсроченной пластикой.



Рак языка. Пластика с включением трапецивидной мышцы.



Рак гортаноглотки. Эзофагофарингостома. Пластика с включением грудной мышцы.



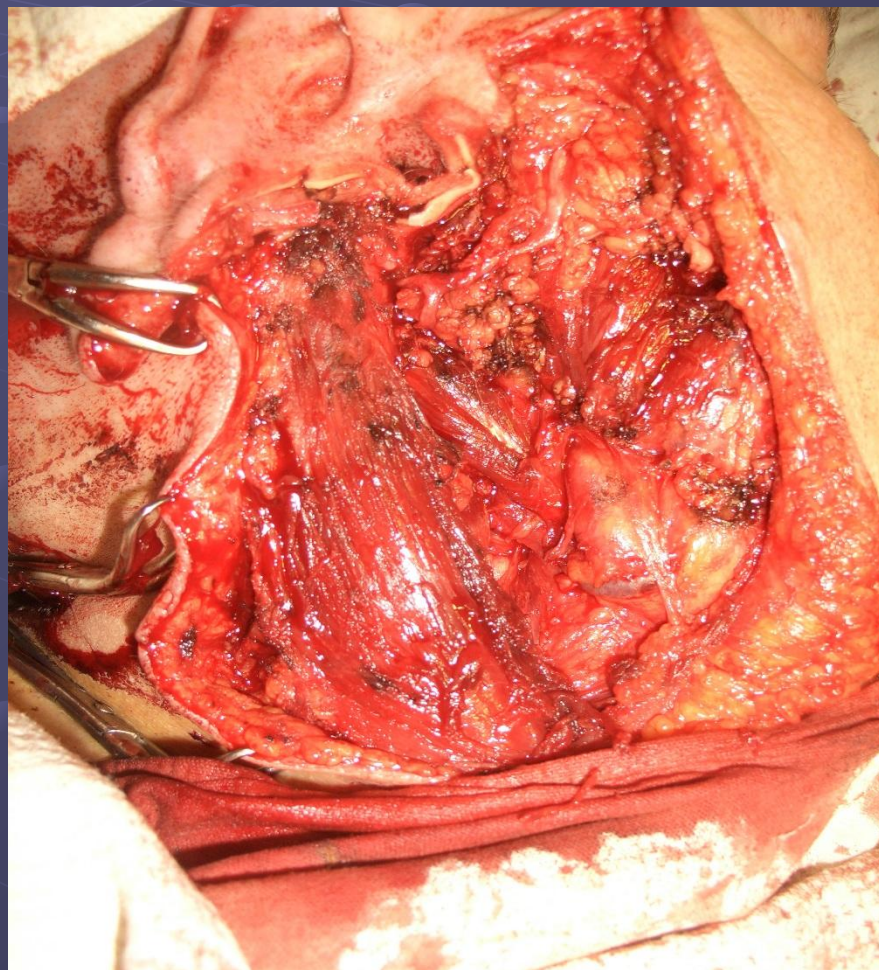
Рак кожи затылочной области. Пластика лоскутом с включением трапецивидной мышцы.



Пластика фарингосотмы лоскутом с включением трапециевидной мышцы.



**Рак околоушной слюнной железы.
Пародитэктия с сохранением верхних
ветвей лицевого нерва.**



Пластика наружного носа кожно-фасциальным лоскутом со лба.

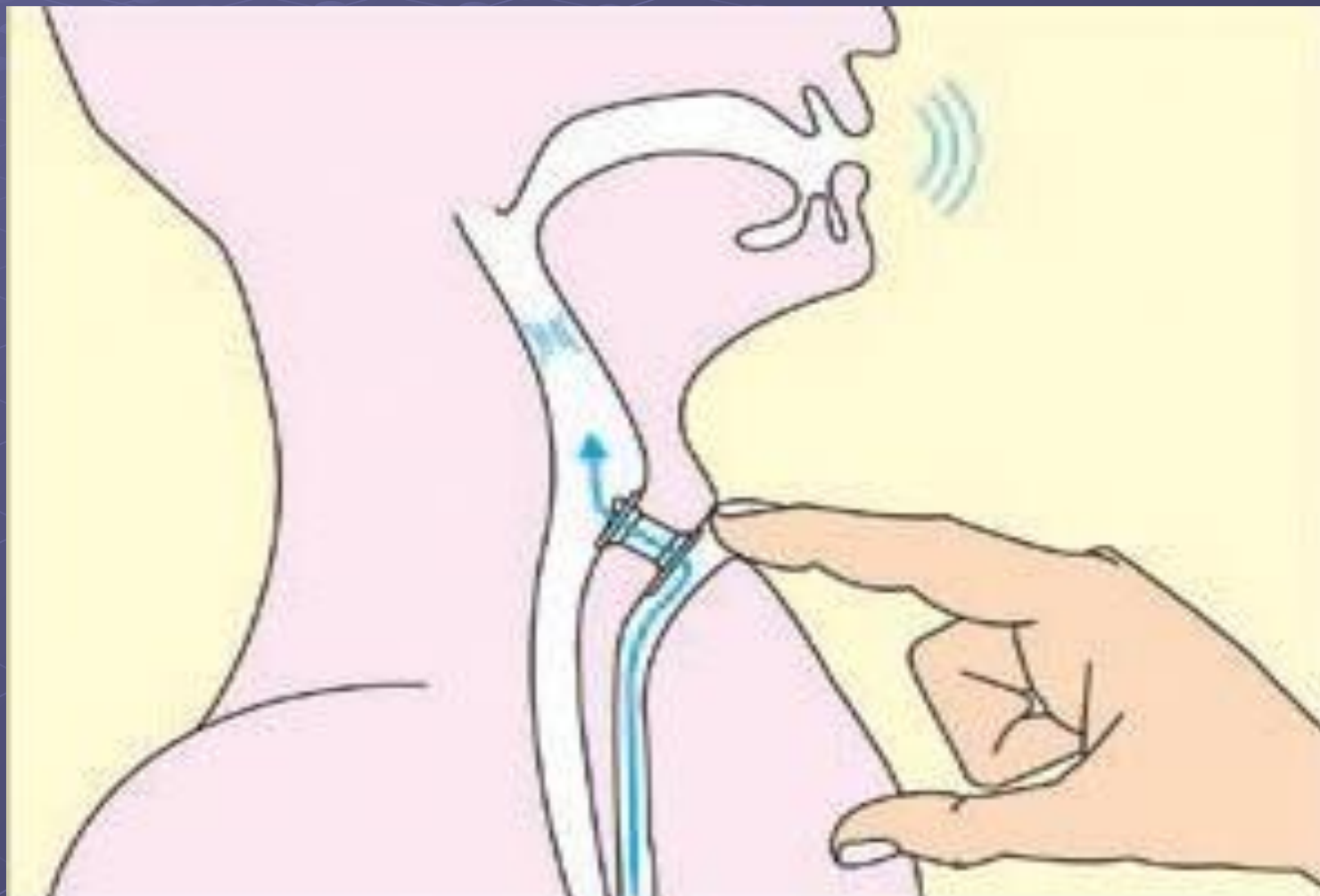




Рак верхней челюсти. Протез- обтуратор после резекции верхней челюсти.



Трахеопищеводное шунтирование с протезированием.



Направления развития специализированной хирургической помощи:

- Внедрение эндоназальной и эндоларингеальной хирургии.
- Оперативные вмешательства в области волосистой части головы, с резекцией костей свода черепа.
- Хирургические вмешательства, сопровождающиеся протезированием магистральных сосудов шеи.

- Расширенные и комбинированные хирургические вмешательства с использованием метода микрохирургической аутотрансплантации комплексов тканей, в том числе висцеральных микрохирургических аутотрансплантатов для реконструкции органов головы и шеи.
- Краниофациальные резекции с нейрохирургическим этапом.
- Проведение внутриартериальной химиотерапии, интраоперационной химиотерапии.

Выживаемость в зависимости от стадии заболевания

РАННИЕ СТАДИИ (I-II)

- ОДИН МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ
- 5-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ 60-90%

ПОЗДНИЕ СТАДИИ (III-IV)

- КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- 5-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ МЕНЕЕ 35%

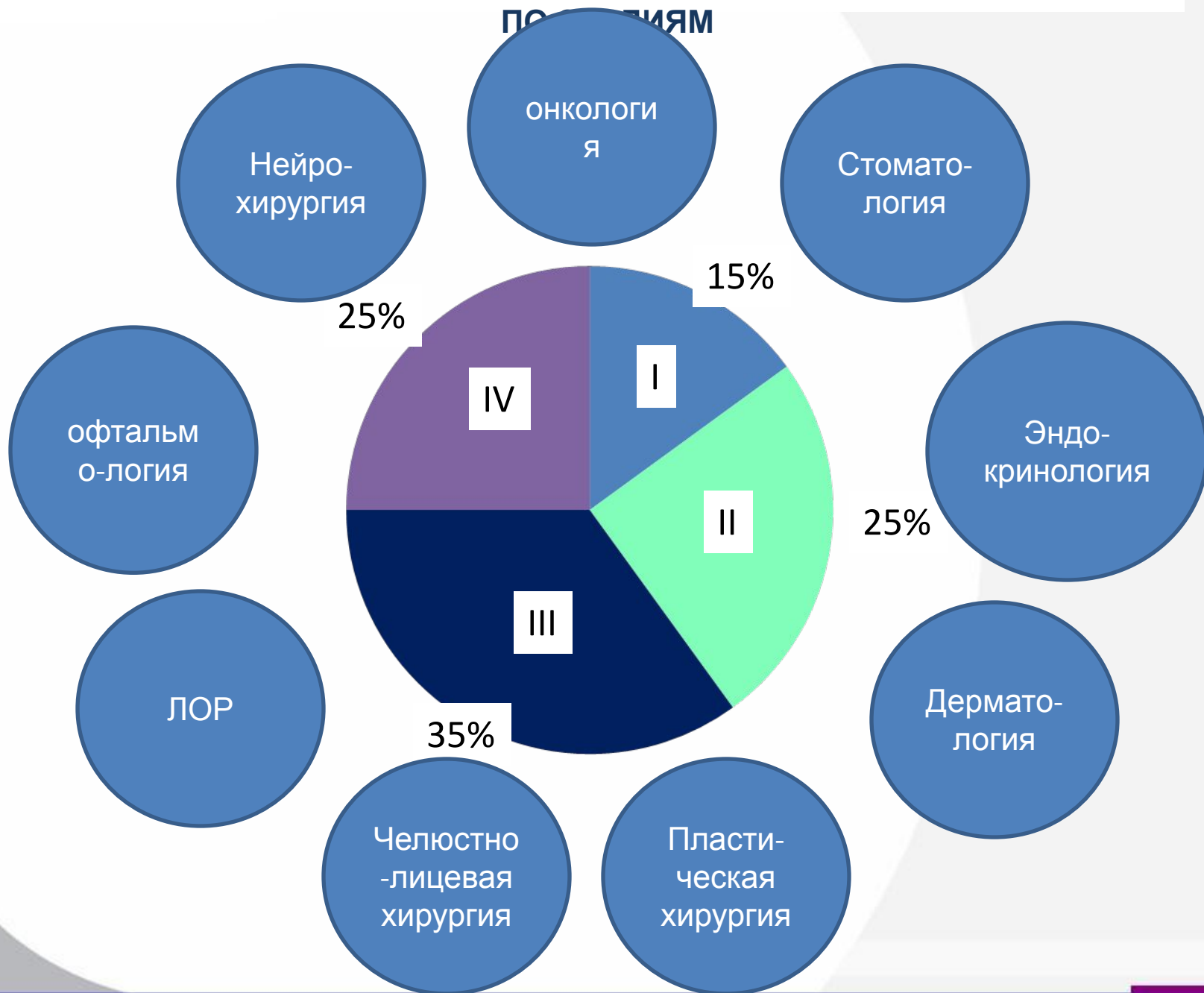
НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТЬ - 5-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ < 20%

- ЖИВУТ ЧАЩЕ ВСЕГО < 18 мес.*

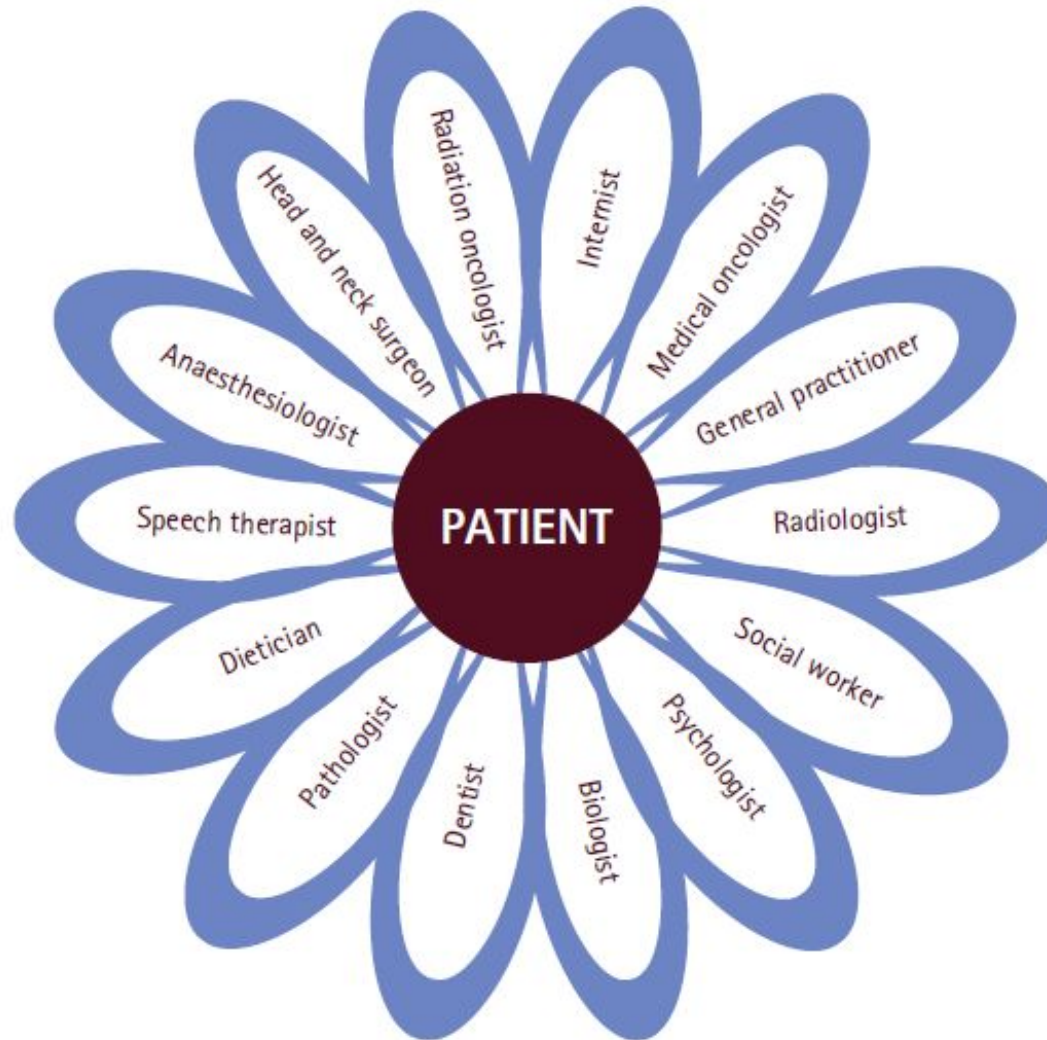
РЕЦИДИВ (ЛОКОРЕГИОНАРНЫЙ/ M1)

- ХИМИОТЕРАПИЯ/ ОПЕРАЦИЯ/ ЛТ
- 1-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ 20-40%

Сегментное распределение заболеваемости опухолями головы и шеи по специальностям

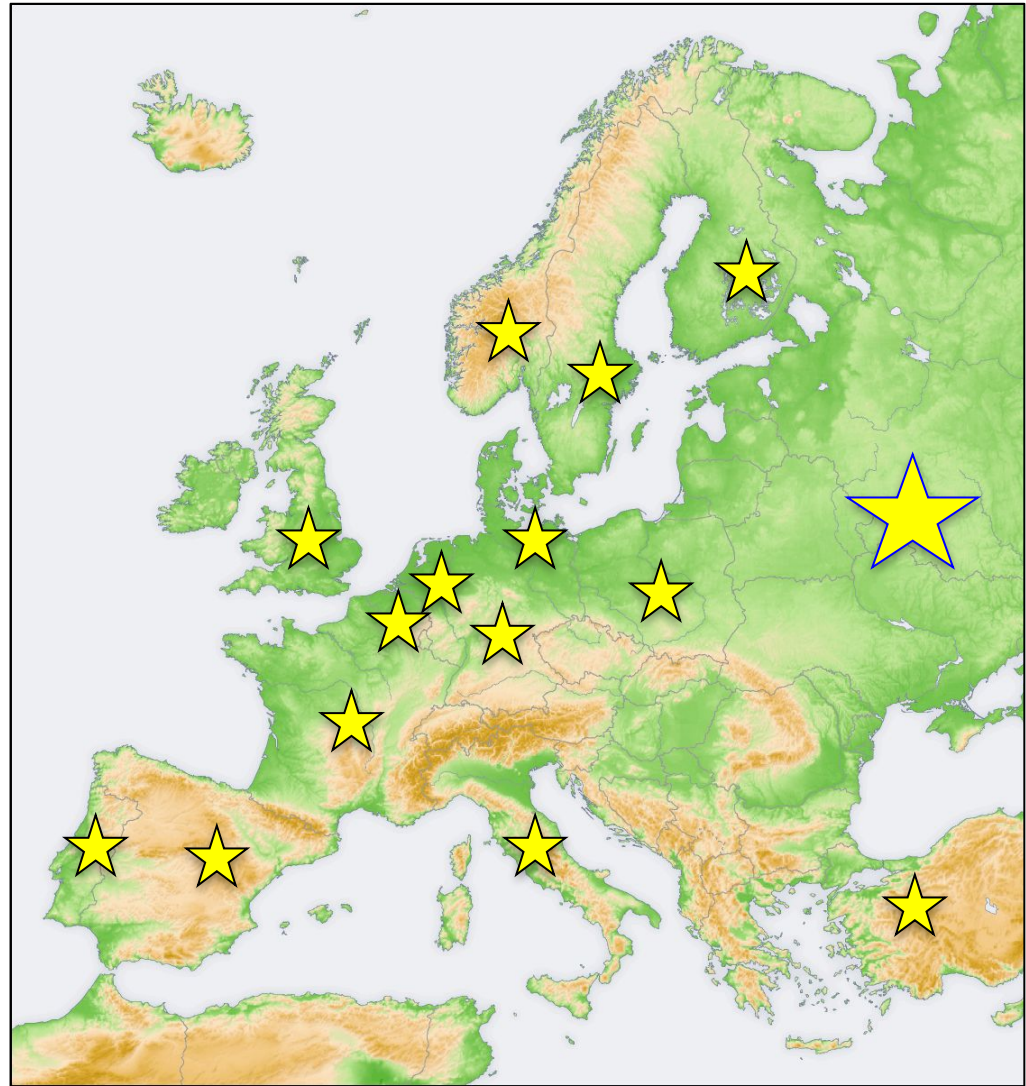


Важность мультидисциплинарного подхода на всех этапах диагностики и лечения ПРГШ



Европейское общество исследователей
головой и шеи(EHNS)




- Belgium
- Finland
- France
- Germany
- Italy
- the Netherlands
- Norway
- Poland
- Portugal
- РОССИЯ
- Spain
- Sweden
- Turkey
- United Kingdom



КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТЫ

Проект существует с 2013 года

ЗАДАЧИ ПРОЕКТА:

-  увеличение выявляемости рака головы и шеи на ранних стадиях
-  Увеличение информированности населения о раке головы и шеи
-  Обеспечение своевременной терапии пациентов с выявленным раком головы и шеи для предотвращения бесполезных смертей



ГЕОГРАФИЯ ПРОЕКТА

«Первая Европейская Неделя Ранней Диагностики Рака головы и шеи в России 2013»



Москва	Волгоград
Санкт-Петербург	Краснодар
Архангельск	Самара
Нижний Новгород	Энгельс
Казань	Уфа
Ижевск	Грозный
Ростов-на-Дону	Барнаул
Петропавловск-	Красноярск
Камчатский	Томск
Хабаровск	

- Взаимодействие с первичным звеном – курация районов, выезды в районы в составе групп специалистов ОБУЗ КОКОД.
- Взаимодействие с врачами смежных специальностей, прежде всего с ЛОР-врачами и стоматологами.
- Обучение в онкологическом отделении ОГШ на рабочем месте врачей смежных специальностей.

- Регулярное проведение недели ранней диагностики опухолей головы и шеи.
- В связи с ростом заболеваемости онкологической патологией - большой акцент на преподавании онкологии в ВУЗах.
- Экзамен по онкологии –необходимо продолжить и в будущем.

Заключение

Для достижения хороших предсказуемых результатов диагностики и снижения смертности необходимо:

1. высокий уровень профессионализма врачей на всех этапах диагностики и лечения пациента.
2. высокий уровень организации диагностического и лечебного процесса.
3. слаженная совместная работа специалистов смежных областей в диагностике и ранней выявляемости опухолей головы и шеи.

**Благодарим за
внимание!**

**Коллектив специалистов
онкологического отделения
опухолей головы и шеи.**