doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-1-165-172

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ

 Λ .Р. САНГИНОВ¹, А.М. МУ Λ УНОВ², Р.З. Ю Λ ДОШЕВ¹, Н.И. БАЗАРОВ¹, И.К. НИЯЗОВ¹, Н.А. САФАРЗО Λ А¹

- ¹ Кафедра онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан
- 2 Отделение хирургии опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей, Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация

В статье представлен обзор современной литературы, посвящённой заболеваемости, смертности, эволюции реконструктивно-восстановительных операций и алгоритму их применения при раке органов головы и шеи. Отражены результаты проведённых рандомизированных исследований по хирургическому лечению рака головы и шеи и проблемы, связанные с реабилитацией и качеством жизни этих больных. В частности, приведён опыт ведущих специалистов в области реконструктивно-восстановительных операций при опухолях отдельных локализаций. Проанализировано влияние одномоментной пластики на качество жизни больных. Сравнение результатов применения лоскута большой грудной мышцы и свободного лоскута из переднебоковой поверхности бедра показало, что частота осложнений во втором случае намного меньше. Изучена эффективность паллиативных операций с одномоментной реконструкцией свободными лоскутами и лоскутами на ножке у пациентов с местнораспространённым раком головы и шеи. Ключевые слова: местнораспространённый рак, голова и шея, реконструкция, лоскуты, реабилитация, качество жизни.

Для цитирования: Сангинов ДР, Мудунов АМ, Юлдошев РЗ, Базаров НИ, Ниязов ИК, Сафарзода НА. Реконструктивно-восстановительные операции и вопросы качества жизни больных с местнораспространённым раком головы и шеи. *Вестник Авиценны.* 2019;21(1):165-72. Available from: http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-1-165-172.

RECONSTRUCTIVE SURGERY AND QUALITY OF LIVE IN PATIENTS WITH LOCALLY-ADVANCED HEAD AND NECK CANCER

D.R. SANGINOV¹, A.M. MUDUNOV², R.Z. YULDOSHEV¹, N.I. BAZAROV¹, I.K. NIYAZOV¹, N.A. SAFARZODA¹

- $^{
 m 1}$ Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan
- ² Department of Surgery of Tumors of the Upper Respiratory and Digestive Tracts, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow, Russian Federation

The article presents an overview of modern literature on the incidence, mortality, evolution of reconstructive and plastic operations and the algorithm of their application in cancer of the organs of the head and neck. The results of randomized studies on the surgical treatment of head and neck cancer and the problems related to rehabilitation and quality of life of these patients are reflected. In particular, the experience of leading experts in the field of reconstructive surgeries for tumors of individual localizations is given. The influence of one-stage plastics on the quality of life of patients is analyzed. Comparison of the results of the application of the pectoralis major myocutaneous flap and the anterolateral thigh free flap showed that the frequency of complications in the second case is much less. The effectiveness of palliative operations with simultaneous reconstruction with free and pedicled flaps in patients with locally advanced head and neck cancer was studied.

Keywords: Locally-advanced cancer, head and neck, reconstruction, pedicled flaps, rehabilitation, quality of life.

For citation: Sanginov DR, Mudunov AM, Yuldoshev RZ, Bazarov NI, Niyazov IK, Safarzoda NA. Rekonstruktivno-vosstanovitel'nye operatsii i voprosy kachestva zhizni bol'nykh s mestnorasprostranyonnym rakom golovy i shei [Reconstructive surgery and quality of live in patients with locally-advanced head and neck cancer]. Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]. 2019;21(1):165-72. Available from: http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-1-165-172.

З группу пяти самых встречающихся опухолей у мужчин во всём мире и занимают 6-7 место по распространённости среди всех злокачественных новообразований [1]. По данным литературы, при адекватном комплексном лечении 5 летняя выживаемость больных с ОГШ составляет 80%. Средний возраст при диагностировании плоскоклеточного рака (ПКР) головы и шеи составляет 60 лет, однако частота заболевания лиц среднего возраста (до 45 лет) начинает возрастать, что вероятно, связано с распространением вируса папилломы человека (ВПЧ) [2]. Наиболее часто встречающиеся локализации (кожа, слизистые полости рта, ротоглотки, гортани и гортаноглотки) характеризуются разнообразием клинических проявлений, трудностями хирургического лечения и высоким показателем смертности [3].

Несмотря на видимость локализации, до 80% случаев ОГШ у больных диагностируются в III-IV стадиях. Особенно наблюдается этот «феномен запущенности» в развивающихся странах [4]. Основными причинами запущенности онкозаболевания являются: не информированность и халатное отношение больных к состоянию собственного здоровья; поздняя обращаемость, обусловленная как отсутствием болей на начальных стадиях, так и незнанием ранних симптомов ОГШ как самими больными, так и врачами общей лечебной сети (стоматологи, семейные врачи, терапевты, ЛОР врачи); отсутствием или ограничением доступа к медицинским услугам; недоверием к врачам и обращением больных к знахарям и целителям, которые используют нетрадиционные неэффективные методы «лечения» опухолей [5].

Поиск оптимальной тактики лечения ПКР считается актуальной задачей современной онкологии, в связи с возрастающим уровнем заболеваемости и сохраняющимся крайне высоким уровнем смертности от этой патологии. Выбор оптимальной тактики лечения, которая позволит уменьшить опухолевое образование и улучшить качество жизни пациента, в большинстве случаев предопределяет прогноз заболевания [6].

В Республиканском онкологическом научном центре с 2010 г. проводится рандомизированное исследование по определению роли и очерёдности хирургического метода лечения рака органов полости рта в структуре комбинированной и комплексной терапии. Предварительные результаты лечения рака органов полости рта с хирургическим вмешательством на первом этапе оказываются значительно лучше, чем результаты в группе, где больные на первом этапе получили химиолучевое лечение [7].

Хирургический метод лечения больных с ПКР головы и шеи при большинстве локализаций является основным и наиболее радикальным и даёт наилучшие результаты. Однако остаётся проблемой образование обширных послеоперационных дефектов, резко нарушающих основные жизненно-важные функции изучаемой области и внешний вид пациентов [8]. В соответствии с этим, большинство хирургов излишне щадит окружающие опухоль здоровые ткани, уменьшая объём операции, что чревато увеличением количества рецидивов и ухудшением отдалённых результатов.

Конец XX века характеризуется разработкой и внедрением в практику методов реконструкции дефектов головы и шеи сложными артериализированными лоскутами на ножке с осевым характером кровообращения, что позволяет расширить показания для хирургического лечения местнораспространённого рака. Тем не менее, данный вид реконструкции, помимо преимуществ имеет ряд недостатков: операция приводит к грубым рубцовым деформациям донорских участков, процент гнойно-некротических осложнений остаётся достаточно высоким, а одномоментный характер воздействия удлиняет время самой операции в среднем на 2-3 часа [9, 10]. Наряду с этим, мобильность всех лоскутов на ножке ограничена длиной основания, что требует максимального приближения донорского участка к месту пластики, выполнения дополнительных разрезов и образования новых рубцов. Использование сложных кожно-мышечных лоскутов, как наиболее жизнеспособных, для пластики дефектов рото- и гортаноглотки приводит к сужению просвета последних и нарушению их функции [11]. В литературе всё чаще появляются сообщения о применении менее массивных кожно-фасциальных, слизисто-фасциальных и кожно-мышечных трансплантатов, выкроенных из смежных с областью операции участков. Такая тактика ощутимо сокращает время операции и даёт наилучшие косметические результаты без ущерба для функций органов головы и шеи [12].

Этапы развития

В 1965 году Вакатіјап впервые описал дельтопекторальный лоскут, который довольно широко использовался для закрытия различных дефектов с 1960 по 1970 г.г. [13]. Первая успешная пересадка лоскута у человека была выполнена Harii K. et al. в 1972 г. [14]. Первое применение свободного кожного лоскута в восстановительной хирургии головы и шеи было в 1975 году, когда Рапје и Harashina одновременно описали свободные лоскуты в реконструкции языка [15]. Успешную реконструкцию нижней челюсти впервые выполнил Taylor (1978 г.), который использовал

свободный кожный лоскут. В 1979 году Ариян описал артериализировнный кожно-мышечный лоскут большой грудной мышцы (ЛБГМ), который намного расширил возможности хирургов [16].

В последующие годы многочисленные исследования обеспечили развитие реконструктивно-пластической хирургии перфорантных лоскутов (Koshima et al., 1989 г.), использование свободного кожно-мышечно-костного малобердцового лоскута (Hidalgo D.A., 1989), реконструкцию языка лоскутом из m. gracillis. (Yousif N.G. et al., 1999), применение биоимплантов при реконструкции нижней челюсти (Moghadam H.G., 2001), частичную и полную пересадку лица (Devauchelle B., 2005, Joan P.B., 2010) [17].

В отличие от других областей тела, эстетические недостатки которых иногда могут быть прикрыты одеждой или даже могут заживать без серьёзных осложнений вторичным натяжением, первичное или раннее закрытие дефектов головы и шеи весьма важно по нескольким причинам. Во-первых, сохранение целостности начала пищеварительного и дыхательного трактов и, как следствие способность пациента есть и дышать, являются вопросами первостепенной важности. Во-вторых, реконструкция лица необходима человеку для социальной коммуникации и общения посредством мимики и выражений лица. И последнее, но не менее важное: закрытие сосудисто-нервных пучков области шеи для профилактики аневризм и арозивных кровотечений является серьёзной задачей, которая актуальна перед хирургом-онкологом [8-10].

Ряд авторов попытался определить алгоритм этапов реконструктивных вмешательств. Так, Mathes и Nahai (1982) разработали «лестницу реконструкции» закрытия дефектов от простых до самых сложных [18], которая стала широко использоваться на практике [19, 20]. Данная «лестница реконструкции» дефектов предусматривает пошаговое её осуществление: 1) заживление вторичным натяжением; 2) пластика лоскутами кожи (расщеплённый или полнослойный); 3) метод тканевой дистракции (эспандерная дермотензия); 4) композитные трансплантаты; 5) перемещённые лоскуты на сосудистой ножке; 6) свободный перенос комплекса тканей микрохирургическим методом; 7) применение аллопластических материалов и синтетических соединений.

На сегодняшний день эта лестница дополнена новыми «ступенями», или методами, такими как заживление раны под отрицательным давлением, использование кожных матриксов животного проихождения и реконструкция дефектов перфорантными лоскутами [21]. Требования к современной пластической хирургии в онкологии диктуют необходимость получить не только хорошие функциональные, но и добиться хороших эстетических результатов [21, 22].

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Реабилитация больных с ОГШ принимается как неотъемлемая часть ухода за пациентом, направленная на улучшение и максимизацию качества жизни (КЖ) пациента. Пациенты с ОГШ, прошедшие расширенные объёмы операции, сталкиваются со многими проблемами и нуждаются в специальной программе реабилитации. Основополагающим тезисом реабилитации онкологических больных является полное или частичное восстановление утраченных в результате хирургического воздействия функций органа или организма и включает функциональную, косметическую и психосоциальную реабилитацию онкобольных. Пациенты, перенёсшие такие

операции, становятся социально неполноценными людьми, и вопрос их ранней реабилитации приобретает в наши дни первостепенное значение.

Мероприятия, определяемые как медицинская реабилитация, преследуют две цели: 1) осуществить выбор наиболее эффективного радикального хирургического лечения, которое максимально сохранило бы анатомию и функцию органа; 2) определить комплекс необходимых лечебно-восстановительных мер для получения оптимального лечебного эффекта и скорейшего восстановления жизнедеятельности больного [23].

При обширных полнослойных сквозных дефектах тканей после удаления местнораспространённого рака щёчной области требуется создать изолированные стенки как снаружи, в области кожных покровов, так и изнутри, в полости рта, т.е. провести двухслойную реконструкцию. В большинстве публикаций описано использование либо двух дистантных лоскутов, либо сдвоенного свободного реваскуляризированного аутотрансплантата. Однако проведение столь масштабных и длительных хирургических вмешательств может быть ограничено в связи с возрастом или соматическим статусом больных, а также с другими объективными причинами [24].

Так, по данным Hanasono M.M. et al. (2013), у 39 больных с ОГШ было использовано 79 свободных лоскутов. При этом, 34 (87%) больным проведена реконструкция нижней челюсти, в том числе с дефектом щеки с вовлечением нижней челюсти — 14; дефектом языка с вовлечением кости после глоссэктомии — 9 и субтотальным и тотальным дефектами после глоссэктомии с вовлечением кости — 11. 5 больным (13%) выполнены реконструктивно-восстановительные операции по поводу обширных дефектов твёрдого нёба и верхней челюсти. Авторы пришли к выводу, что одновременное использование двух и более лоскутов может быть вариантом для реконструкции комбинированных дефектов, которые не могут быть закрыты лишь одним лоскутом с целью максимального улучшения функциональных результатов и качества жизни больных [25].

Как уже указывалось, онкологическое заболевание и предложенное хирургическое вмешательство практически у всех больных сопровождается развитием стресса различной степени тяжести. Исследованиями установлено [30], что у больных с ОГШ уровень тревожности, стресса и психологического дискомфорта выше, чем у больных с опухолями других областей. Установлено, что выраженные психогенные реакции оказывают несомненное влияние на частоту послеоперационных осложнений. Длительное пребывание в онкологическом стационаре, зондовое питание, дыхание через трахеостому, косметические уродства лица, тяжёлые нарушения жизненно важных функций организма, таких как жевание, глотание, дыхание и речь, могут привести к необратимым изменениям психики, вплоть до суицидального исхода. Таким образом, героические усилия врача и самого больного, затраченные для искоренения этого тяжёлого недуга, окажутся абсолютно бесполезными, не говоря уже о финансовой стороне вопроса [26].

Поэтому, согласно результатам исследования Garzaro M. et al. (2011), на последних этапах лечения ОГШ определяющими аспектами КЖ являлись состояние кожи, слизистых оболочек, слюнных желёз. При этом должны оцениваться прежние осложнения и психологический профиль больных. Детали лечения должны обсуждаться с пациентом. Отрицательное воздействие лечения на слизистые оболочки и слюнные железы у больных на последних этапах их жизни может сильно ухудшить КЖ и их психологический профиль [27].

Васhmann A.S. et al. (2018 г.) придерживаются мнения, что при поступлении на лечение пациента с раком полости рта мало что известно о психологической конституции и потенциале адаптационных механизмов этого больного. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости сбора и детального анализа данных больных, которые позволяют определить когорту с возможным риском развития психологических нарушений во время их лечения, с целью их минимизации [28].

Проблема реабилитации и улучшения качества жизни больных, перенёсших радикальные операции при опухолях головы и шеи, остаётся сложным вопросом, не теряющим своей актуальности по сей день [29]. Поэтому, на первый план выступает вопрос о немедленной функциональной и косметической реабилитации онкологических больных, заключающийся в планировании и выполнении реконструктивно-восстановительных операций одновременно с основной операцией по иссечению местнораспространённой опухоли [30]. Самым разумным подходом следует считать тот, который позволяет выполнить адекватное закрытие дефекта тканей посредством простейшей операции [31].

Обширные дефекты тканей являются причиной тяжёлых функциональных и косметических нарушений. Страдают, в первую очередь, такие важные функции, как жевание, глотание, дыхание и речь [6, 25, 32]. Помимо физиологических проблем, немаловажное значение имеет психологическое состояние больного, которому врачи объясняют необходимый объём удаления тканей, включающий сразу несколько смежных анатомических областей и даже органов. Такая информация очень тяжело воспринимается пациентами, особенно, когда дело касается частичного или полного утрачивания некоторых жизненно важных функций того или иного органа. Врачи-онкологи не дают гарантий относительно прогноза лечения злокачественных опухолей, что ещё больше усугубляет психическое состояние больного. Необходимость установления большинству таких больных трахеостомических трубок, назогастральных зондов, продолжительные изнуряющие перевязки, а также, такие «банальные» проблемы, как время нахождения в стационаре, обеспечение более или менее полноценного, чаще всего, зондового питания, которое в состоянии дать не каждый медицинский стационар, - это только небольшая часть проблем, которые необходимо решить медицинскому персоналу и самому больному. Только вышеперечисленные проблемы приводят к тому, что около 75% пациентов отказываются от операций по поводу местнораспространённых опухолей головы и шеи и обрекают себя на ещё более тяжёлые страдания и, в конечном итоге, смерть. Неблагоприятный функциональный исход у таких пациентов показывает, что требуется дальнейшая разработка мероприятий комплексной реабилитации, направленной на улучшение качества жизни [33].

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Вопросы качества жизни при опухолях имеют решающее значение. Национальный институт рака США (National Cancer Institute) и Американское общество клинической онкологии (ASCO) в 1999 г. определили, что по значимости КЖ является вторым критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и более важным, чем первичный ответ опухоли на проводимое лечение [34].

В некоторых исследованиях [35, 36] наивысшими приоритетами лечения пациентов с ОГШ были указаны показатели изле-

чения и выживания; однако, немаловажным для больных были такие параметры, как уменьшение или отсутствие боли, сохранение речи и возможность выполнять ежедневные задачи.

В доступных исследованиях много работ посвящено проблеме боли у больных с ОГШ. Так, Oliviera К.G. et al. (2014), исследовав проблему влияния болевого фактора на параметры КЖ у 127 больных с ОГШ до начала лечения, пришли к выводу о том, что интенсивность болевого синдрома связана с запущенностью опухолевого процесса и отрицательно влияет на КЖ, что должно направлять усилия врачей на адекватное лечение [37].

Віаnchini С. et al. (2016), изучив у 164 больных с ОГШ послеоперационный болевой синдром, отмечают, что болевой фактор является предиктором эффективности лечения. Авторы подчёркивают, что болевой фактор является важным параметром КЖ, и корректная оценка, мониторирование и минимизация болевого синдрома прямо коррелируют с динамикой КЖ [38].

Боль у пациентов с местнораспространённым раком головы и шеи, получающих комплексное лечение, сопровождает их во всех этапах лечения и обусловлена: а) инфекцией, воспалительной инфильтрацией, отёком окружающих тканей, распадом опухоли; б) проведением физикального осмотра и диагностических процедур; в) послеоперационными проблемами (боль при радикальной шейной диссекции, послеоперационный артроз, вывих височно-нижнечелюстного сустава; боль в культе резецированной нижней челюсти); г) другими вмешательствами: кормление через назогастральный зонд; банальными перевязками и туалетом раны; постоянным раздражением и пролежнем вокруг трахеостомической трубки; д) последствиями радиотерапии (дерматиты, ротоглоточный мукозит, плечевая плексопатия, остеорадионекроз нижней челюсти); е) химиотерапией (головная боль, мукозит, тромбоз мозговых синусов, диффузная боль, связанная колониестимулирующими факторами; стенокардия, вызванная 5-фторурацилом; хроническая нейропатия, плексопатия); ж) лизисом и патологическим переломом костей; метастазированием в основание черепа, клиновидную пазуху; невралгия из-за прорастания опухоли в стволы черепно-мозговых нервов). Так, хирургическое лечение болевого синдрома в настоящее время представлено тремя основными видами оперативных вмешательств: анатомическими, деструктивными и методами хирургической нейромодуляции [39].

На сегодняшний день известно много методик и шкал для оценки влияния заболевания, методов лечения и измерения параметров КЖ у онкологических больных. Для больных с раком головы и шеи существуют 6 специальных модулей анкет, которые содержат вопросы, специфичные именно для опухолей данной локализации. Каждый из них отражает определённые параметры состояния здоровья пациента. Нет единого «золотого стандарта» для измерения КЖ у больного с ОГШ, однако опросники Европейской организации исследования и лечения рака (EORTC QLQ-C30, H&N35) нашли наиболее широкое использование в мировой литературе [36, 40].

Полная или частичная утрата речи, нарушение функций глотания, жевания, дыхания, являющиеся тяжёлыми последствиями хирургического лечения рака орофарингеальной области, обусловливают важность логопедической реабилитации. При проведении реабилитационных мероприятий, функции самостоятельного питания, глотания и речи сохраняются и восстанавливаются, по данным разных авторов, у 92% пациентов [41, 42].

У 70-80% больных с местнораспространённым раком орофарингеальной зоны возможности излечения с помощью хирургических методов ограничены. Удаление корня языка или

тотальное удаление языка ведёт к тяжёлой и стойкой инвалидизации. У таких пациентов нарушены или полностью отсутствуют функции глотания и членораздельной речи. Воссоздание функции глотания возможно за счёт восстановления двигательной функции сохранных анатомических структур, а также подвижности пересаженных тканей и адекватно выполненной пластики [43]. По данным Malagelada J.R. et al. (2015), нарушения глотания встречаются у 65-70% больных с ОГШ и связаны как с наличием объёмного злокачественного новообразования, так и последствиями его лечения [44].

Nelke K.H. et al. (2014 г.), фокусируясь на КЖ пациентов с ОГШ, отмечают, что их лечение часто требует мультидисциплинарного подхода до и после операции. Восстановление мимики и эстетики лица, функции артикуляции, жевания и т.д. часто требует долговременной, разделённой реабилитации. КЖ пациентов измеряется до, после операции и вплоть до полного их излечения. Состояние КЖ имеет разные параметры в зависимости от клинического диагноза больного и методов лечения. При этом необходимо также улучшить самооценку и психологическую оценку больного [45].

На достаточном клиническом материале (100 больных) Tripathi M. et al. (2015) проанализировали результаты реконструкции дефектов головы и шеи у пациентов с III-IV стадией ОГШ лоскутом на большой грудной мышце (БГМ). У 95 больных реконструкция была выполнена одномоментно, а в 5 случаях носила характер «операции спасения» (паллиативная операция). С помощью лоскута БГМ были замещены дефекты слизистых оболочек у 84% больных. Послеоперационные осложнения отмечены у 40% (10% – частичный некроз, 30% – некроз концевых участков кожи). Оростомы и фарингостомы развились у 12 больных, и в 10 осложнённых случаях понадобились повторные операции. Авторы отмечают, что, хотя свободные микрохирургические лоскуты являются «золотым стандартом», однако их использование, из-за дороговизны оборудования и недостатка специалистов, ограничено, особенно в развивающихся странах [46, 47].

Aničin A. et al. (2015 г.), проспективно проанализировав онкологические, функциональные и эстетические результаты пластики лоскутом БГМ, пришли к выводу, что, ввиду своей большой жизнеспособности, короткого времени приживления, низкой частоты осложнений и благоприятного эстетического результата в донорских участках, у большинства пациентов делает использование лоскута БГМ оптимальным вмешательством при первичной пластике дефектов у больных с местнораспространённым раком головы и шеи и при т.н. «операциях спасения» [48].

Zhang X. et al. (2014 г.) проанализировали влияние одномоментной пластики на КЖ у больных с ОГШ (с раком языка – 60,5%, дна полости рта – 23,8%, и десны – 9%), сравнив различия между лоскутом БГМ и свободным лоскутом из переднелатеральной поверхности бедра, пришли к выводу, что в группе пластики свободным лоскутом имелось меньше осложнений в функционировании плеча, однако восстановление речевой функции было хуже, чем у больных из группы лоскутов на ножке [49].

Применительно к роли паллиативных операций у пациентов с неоперабельными опухолями головы и шеи, подвергшихся паллиативной резекции с одномоментной реконструкцией свободными и лоскутами на ножке, исследованиями установлено, что паллиативные операции с реконструкцией являются разумным вариантом лечения больных с неоперабельными опухолями с обширным вовлечением кожи. Этим не удаётся улучшить выживаемость, однако устранение запаха и инфекции, крово-

течения из опухоли и купирование нестерпимой боли являются критериями улучшения КЖ пациента [50].

Учитывая актуальность данной проблемы, для определения влияния одномоментных реконструктивных операций на КЖ, нами проведено проспективное наблюдение и ретроспективный анализ данных хирургического лечения 120 больных с местнораспространённым раком органов головы и шеи. Оценены такие основные параметры КЖ, как: боль, нарушение речи, жевания, глотания, обоняния, вкусовосприятия, сухость рта, внешний вид больного, общение с окружающими, социальная адаптация и потеря веса. Предварительно установлено, что радикальные и условно-радикальные операции с одномоментной реконструкцией образовавшихся дефектов у больных в основной группе (операция + химиолучевая терапия) по сравнению с контрольной (химиолучевая терапия + операция) способствовали восстановлению анатомической целостности изучаемой области, устранению болевого синдрома и неприятного запаха, ликвидации распадающейся опухоли, частичной нормализации основных функции органов головы и шеи, улучшению функционального, косметического и онкологического результатов, ускорению реабилитации и социальной адаптации больных [7].

Сегодня возникает необходимость внедрения новых методик и расширения показаний к реконструктивным вмешательствам при раке языка (гемиглоссэктомия, субтотальная глоссэктомия), реконструкции дефектов лицевого скелета при раке верхней челюсти, носоглотки и кожи волосистой части головы с прорастанием в основание черепа и мозговые оболочки, что требует дальнейших исследований.

Таким образом, анализ доступных и современных научных исследований по проблемам, касающимся хирургических аспек-

тов лечения плоскоклеточного рака головы и шеи и полученные собственные результаты изучения качества жизни больных по данным значений шкал EORTC QLQ-30 и QLQ – H&N35, позволяет рекомендовать следующее:

- целесообразность и необходимость одномоментных реконструктивных вмешательств с целью восстановления функций наиболее уязвимых параметров КЖ, таких как речь, жевание, глотание, приём пищи, и улучшения эстетических результатов даже в условно-паллиативных целях;
- поиск причин и методов профилактики осложнений и повторных оперативных вмешательств;
- междисциплинарный подход (стоматологи, микрохирурги, нейрохирурги) для перехода на качественно новый уровень выполнения реконструктивно-пластических вмешательств;
- необходимость дальнейшего поиска пластического материала, отвечающего всем современным требованиям, изучение и разработка оптимальных способов реконструкции дефектов лоскутами с осевым типом кровообращения.

При этом важно отметить, что проведение исследований по данной проблеме является сложным и трудоёмким процессом, требующим больших усилий и ресурсов, и связано в определённой степени с психоэмоциональным статусом больных. Несмотря на чёткость и ясность задач, исследователи должны придерживаться индивидуального подхода к каждому конкретному случаю.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015;136(5):359-86.
- Решетов ИВ, Старинский ВВ, Петрова ГВ, Голубцов АК, Севрюков ФЕ. Опухоли головы и шеи в РФ. Состояние и перспективы диагностики, лечения и реабилитации. Вопросы онкологии. 2013;59(3):512.
- 3. Базаров НИ, Икромов 3H, Шарипов XЮ, Масаидова ЛВ. Цито-гистологическая характеристика часто встречающихся опухолей слюнных желез. Вестник Авиценны. 2017;19(2):189-93. Available from: http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-2-189-193.
- Stephenson KA, Fagan JJ. Do proton pump inhibitors reduce the incidence of pharyngocutaneous fistula following total laryngectomy: a prospective randomized controlled trial. Head and Neck. 2015;37(2):255-9.
- Базаров НИ, Имомов ФА, Кодири А, Косимов ММ, Райхонов ФХ, Ниязов ИК. К вопросам клиники, диагностики и лечения сосудистых опухолей челюстно-лицевой области, шеи и свода черепа. Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018;2:256-64.
- Куткова СИ. Современные подходы к выбору терапии местнораспространённого и рецидивирующего/метастатического плоскоклеточного рака головы и шеи: чем обоснован выбор терапии в клинической практике? Фарматека. 2018;7:50-6.
- Хабибулаев ШЗ, Сангинов ДР, Хусейнов ЗХ, Баротов ЗЗ, Махмудова НМ. Роль и значимость рандомизации в научных медицинских исследованиях. Евразийский онкологический журнал. 2017;5(1):81-6.

- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015;136(5):359-86.
- Reshetov IV, Starinskiy VV, Petrova AK, Golubtsov AK, Sevryukov FE.
 Opukholi golovy i sheyi v RF. Sostoyanie i perspektivy diagnostiki, lecheniya i reabilitatsii [Head and neck tumors in RF. The state-of-the-art and perspectives of diagnostics, treatment and rehabilitation]. Voprosy onkologii. 2013;59(3):512.
- Bazarov NI, Ikromov ZN, Sharipov KhY, Masaidova LV. Tsito-gistologicheskaya kharakteristika chasto vstrechayushikhsya opukholey slyunnykh zhelyoz [Cyto-histological charachteristics of abundant tumours of salivary glands]. Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]. 2017;19(2):189-93. Available from: http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-2-189-193.
- Stephenson KA, Fagan JJ. Do proton pump inhibitors reduce the incidence of pharyngocutaneous fistula following total laryngectomy: a prospective randomized controlled trial. Head and Neck. 2015;37(2):255-9.
- Bazarov NI, Imomov FA, Kodiri A, Kosimov MM, Raykhonov FKh, Niyazov IK. K voprosam kliniki, diagnostiki i lecheniya sosudistikh opukholey chelyustnolitsevoy oblasti, shei i svoda cherepa [To the questions of clinics, diagnostics and treatment of vascular tumors of maxilla-facial region, head and calvarium]. Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana. 2018;2:256-64.
- Kutkova SI. Sovrememnnye podkhody k vyboru terapii mestnorasprostranyonnogo i retsidiviruyushchego/metastaticheskogo ploskokletochnogo raka golovy i shei: chem obosnovan vybor terapii v klinicheskoy praktike? [Modern approaches in choice of treatment of locally-advanced and recurrent/metastatic squamous-cell cancer of head and neck] Farmateka. 2018;7:50-6.
- 7. Khabibulaev ShZ, Sanginov DR, Khuseynov ZKh, Barotov ZZ, Makhmudova NM. Rol`i znachimost`randomizatsii v nauchnykh meditsinskikh issledovaniyakh [The role and significance of randomization in scientific medical researches]. Evraziyskiy onkologicheskiy zhurnal. 2017;5(1):81-6.

- Kansy K, Hoffmann J, Alhalabi O. Subjective and objective appearance of head and neck cancer patients following microsurgical reconstruction and associated quality of life-A cross-sectional study. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2018;46(8):1275-84.
- Zirk M, Zalesski A, Peters F, Dreiseidler T, Buller J, Kreppel M, et al. Prevention and management of bacterial infections of the donor site of flaps raised for reconstruction in head and neck surgery. *Journal of Cranio-Maxillofacial* Surgery. 2018;46(9):1669-73.
- Kimata Y, Matsumoto H, Sugiyama N, Onoda S, Sakuraba M. Lessons learned from unfavorable microsurgical head and neck reconstruction. *Clinics in Plastic Surgery*. 2016;43(4):729-37.
- Карпенко АВ, Сибгатуллин РР, Чуманихина НС, Кутукова СИ, Роман ЛД, Бойко АА. Оценка качества жизни пациентов с распространённым раком слизистой полости рта после операций с использованием микрохирургической пластики. Евразийский онкологический журнал. 2016;4(2):106-7.
- Urken ML, Cheney ML, Blackwell KE, Harris JR, Hadlock TA, Futran N. Atlas of regional and free flaps for head and neck reconstruction. 2nd ed. Baltimore, USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2012. 549 p.
- 13. Bakamjian VY. A two-stage method for pharyngoesophageal reconstruction with a primary pectoral skin flap. *Plast Reconstr Surg.* 1965;36:173-84.
- Harii K, Omori K, Omori S. Successful clinical transfer of ten flaps by microvascular anastomoses. Plast Reconstr Surg. 1974;53(3):259-70.
- 15. Dubey SP, Molumi CP. Color atlas of head and neck surgery. A step-by-step guide. Switzerland: Springer International Publishing; 2015. 180 p.
- Park SS. Facial plastic surgery: the essential guide. New York, USA: Thieme Medical Publishers; 2005. 327 p.
- Reshetov IV, Ratushniy MV, Babashkina NV, Shcherebina VG. Hemifacial reimplantation in surgical treatment of maxillary sinus cancer: a case report. Annals of Oral & Maxillofacial Surgery. 2015;4:1-7.
- Strauch B, Vasconez L, Herman CK, Lee BT. Grabb's encyclopedia of flaps: head and neck. 4th ed. Baltimore, USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2015. 1676 p.
- Simman R. Wound closure and the reconstructive ladder in plastic surgery. J Am Col Certif Wound Spec. 2009;1(1):6-11.
- 20. Erba P, Orgill DP. Discussion. The new reconstructive ladder: modifications to the traditional model. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(1):213-4.
- 21. Janis JE, Kwon RK, Attinger CE. The new reconstructive ladder: modifications to the traditional model. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(1):205-12.
- 22. Chim H, Salgado C, Seselgyte R, Wei FC, Mardini S. Principles of head and neck reconstruction: an algorithm to guide flap selection. *Seminars in Plastic Surgery*. 2010;24(2):148-54.
- 23. Хабибулаев Ш3. Возмещение обширных дефектов челюстно-лицевой области сложными кожно-жировыми и кожно-мышечными лоскутами на ножке. Сибирский онкологический журнал. 2009;6:62-6.
- 24. Рагимов ЧР, Ахундов АА, Фарзалиев ИМ, Рагимли МЧ, Кулиев ШЭ, Сафаров ДА. Реконструкция полнослойных дефектов щёчной области, возникших после удаления опухолей с применением модифицированной методики взятия субментального лоскута. Опухоли головы и шеи. 2018;8(2):27-33.
- 25. Hanasono MM, Weinstock YE, Yu P. Reconstruction of extensive head and neck defects with multiple simultaneous free flaps. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(1):222-31.
- Bornbaum CC, Fung K, Franklin JH, Nichols A, Yoo J, Doyle PC. A descriptive analysis of the relationship between quality of life and distress in individuals with head and neck cancer. Support Care Cancer. 2012;20(9):2157-65.
- Garzaro M, Airoldi M, Raimondo L, Pecorari G, Giordano C, Caldera P, et al. Long-term quality of life and psychological response after flap reconstructive surgery and radiotherapy in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 2008:26:20553.
- Bachmann AS, Zaunbauer AC, Tolke AM, Siniatchkin M, Kluck C, Wiltfang J, et al. Well-being and quality of life among oral cancer patients – psychological vulnerability and coping responses upon entering initial treatment. *Journal* of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2018;46(9):1637-44.
- 29. Раджабова ЗА, Ракитина ДА, Гурин АВ, Коркола НИ, Нажмудинов РА, Дунаевский ИВ. Реконструктивно-пластические операции у пациентов со злокачественными новообразованиями языка, слизистой дна полости рта, виды пластики. Опухоли головы и шеи. 2015;1:15-8.

- Kansy K, Hoffmann J, Alhalabi O. Subjective and objective appearance of head and neck cancer patients following microsurgical reconstruction and associated quality of life-A cross-sectional study. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2018;46(8):1275-84.
- Zirk M, Zalesski A, Peters F, Dreiseidler T, Buller J, Kreppel M, et al. Prevention and management of bacterial infections of the donor site of flaps raised for reconstruction in head and neck surgery. *Journal of Cranio-Maxillofacial* Surgery. 2018;46(9):1669-73.
- Kimata Y, Matsumoto H, Sugiyama N, Onoda S, Sakuraba M. Lessons learned from unfavorable microsurgical head and neck reconstruction. *Clinics in Plastic Surgery*. 2016;43(4):729-37.
- 11. Karpenko AV, Sigbatullin RR, Chumanikhina NS, Kutukova SI, Roman LD, Boyko AA. Otsenka kachestva zhizni patsientov s rasprostranyonnym rakom slizistoy polosti rta posle operatsii s ispol'zovaniem mikrokhirurgicheskoy plastiki [Assessment of quality of life of patients with advanced cancer of mucous of oral cavity with using microsurgical plastic] Evraziyskiy onkologicheskiy zhurnal. 2016;4(2):106-7.
- Urken ML, Cheney ML, Blackwell KE, Harris JR, Hadlock TA, Futran N. Atlas of regional and free flaps for head and neck reconstruction. 2nd ed. Baltimore, USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2012. 549 p.
- 13. Bakamjian VY. A two-stage method for pharyngoesophageal reconstruction with a primary pectoral skin flap. *Plast Reconstr Surg.* 1965;36:173-84.
- 14. Harii K, Omori K, Omori S. Successful clinical transfer of ten flaps by microvascular anastomoses. *Plast Reconstr Surg.* 1974;53(3):259-70.
- 15. Dubey SP, Molumi CP. Color atlas of head and neck surgery. A step-by-step guide. Switzerland: Springer International Publishing; 2015. 180 p.
- Park SS. Facial plastic surgery: the essential guide. New York, USA: Thieme Medical Publishers; 2005. 327 p.
- Reshetov IV, Ratushniy MV, Babashkina NV, Shcherebina VG. Hemifacial reimplantation in surgical treatment of maxillary sinus cancer: a case report. Annals of Oral & Maxillofacial Surgery. 2015;4:1-7.
- Strauch B, Vasconez L, Herman CK, Lee BT. Grabb's encyclopedia of flaps: head and neck. 4th ed. Baltimore, USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2015. 1676 p.
- 19. Simman R. Wound closure and the reconstructive ladder in plastic surgery. *J Am Col Certif Wound Spec.* 2009;1(1):6-11.
- 20. Erba P, Orgill DP. Discussion. The new reconstructive ladder: modifications to the traditional model. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(1):213-4.
- 21. Janis JE, Kwon RK, Attinger CE. The new reconstructive ladder: modifications to the traditional model. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(1):205-12.
- Chim H, Salgado C, Seselgyte R, Wei FC, Mardini S. Principles of head and neck reconstruction: an algorithm to guide flap selection. Seminars in Plastic Surgery. 2010;24(2):148-54.
- Khabibulaev ShZ. Vozmeshenie obshirnykh defektov chelyustno-litsevoy oblasti slozhnymi kozhno-zhirovymi i kozhno-myshechnymi loskutami na nozhke [Replacement of wide defects of maxilla-facial region with complex fascio-cutaneous and musculo-cutaneous pedicle flaps] Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal. 2009;6:62-6.
- 24. Ragimov ChR, Akhundov AA, Farzaliev IM, Ragimli MCh, Kuliev ShE, Safarov DA. Rekonstruktsiya polnosloynykh defektov shchyochnoy oblasti, voznikshikh posle udaleniya opukholey s primeneniem modifitsirovannoy metodiki vzyatiya submental`nogo loskuta [Reconstruction of full-thickness check defects after resection of tumors with using modified method of raising submental flap]. Opukholi golovy i shei. 2018;8(2):27-33.
- Hanasono MM, Weinstock YE, Yu P. Reconstruction of extensive head and neck defects with multiple simultaneous free flaps. J Oral Maxillofac Surg. 2014;72(1):222-31.
- Bornbaum CC, Fung K, Franklin JH, Nichols A, Yoo J, Doyle PC. A descriptive analysis of the relationship between quality of life and distress in individuals with head and neck cancer. Support Care Cancer. 2012;20(9):2157-65.
- Garzaro M, Airoldi M, Raimondo L, Pecorari G, Giordano C, Caldera P, et al. Long-term quality of life and psychological response after flap reconstructive surgery and radiotherapy in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2008;26:20553.
- Bachmann AS, Zaunbauer AC, Tolke AM, Siniatchkin M, Kluck C, Wiltfang J, et al. Well-being and quality of life among oral cancer patients – psychological vulnerability and coping responses upon entering initial treatment. *Journal* of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2018;46(9):1637-44.
- Radzhabova ZA, Rakitina DA, Gurin AV, Korolka NI, Nazhmudinov RA, Dunaevskiy IV. Rekonstruktuvno-plasticheskie operatsii u patsientov so zlokachestvennymi novoobrazovaniyami yazyka, slizistoy dna polosti rta, vidy plastiki [Plastic-reconstructive surgeries in patients with malignant tumors of tongue, floor of mouth, types of plastic]. Opukholi golovy i shei. 2015;1:15-8.

- Papel ID. Facial plastic and reconstructive surgery. 4th ed. New York, USA: Thieme Publishers; 2016. 1024 p.
- 31. Constantinescu G, Rieger J, Winget M. Patient perception of speech outcomes: the relationship between clinical measures and self-perception of speech function following surgical treatment for oral cancer. *Am J Speech Lang Pathol.* 2017;26(2):241-7.
- 32. Fang QG, Shi S, Zhang X, Li ZN, Liu FY, Sun CF. Assessment of the quality of life of patients with oral cancer after pectoralis major myocutaneous flap reconstruction with a focus on speech. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2013;71(11):1-5.
- 33. Ганиев ДФ, Хабибулаев ШЗ, Джурабекова КМ, Шарапова НМ, Сайфутдинова МБ. Оценка психосоматического статуса при оказании паллиативной помощи онкологическим больным. Вестник академии медицинских наук Таджикистана. 2017;2:10-5.
- 34. Szturz P, Vermorken JB. Treatment of elderly patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. *Front Oncol.* 2016;6:199.
- Tschiesner U, Sabariego C, Linseisen E, Becker S, Stier-Jarmer M, Cieza A, et al. Priorities of head and neck cancer patients: a patient survey based on the brief ICF core set for HNC. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013;270:3133-42.
- Licitra L, Mesía R, Keilholz U. Individualised quality of life as a measure to guide treatment choices in squamous cell carcinoma of the head and neck. Oral Oncology. 2016;52:18-23.
- Oliviera KG, Zeidler SV, Podesta JR, Sena A, Souza ED, Lenzi J, et al. Influence of pain severity on the quality of life in patients with head and neck cancer before antineoplastic treatments. BMC Cancer. 2014;14(39):1-8.
- Bianchini C, Malago M, Crema L, Aimoni C, Matarazzo T, Bortolazzi S, et al. Post-operative pain management in head and neck cancer patients: predictive factors and efficacy of therapy. Acta Otorhinolaryngologica Italica. 2016;36:91-6.
- 39. Исакова МЕ. *Болевой синдром в онкологии*. Москва, РФ: Практическая медицина; 2011. 384 с.
- Bottomley A, Tridello G, Coens C. An international phase 3 trial in head and neck cancer: quality of life and symptom results: EORTC Head and Neck and the EORTC Radiation Oncology Group. Cancer. 2014;120:390-8.
- Письменный ВИ, Кулакова НМ, Письменный ИВ. Логопедическая помощь после хирургического лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны. Известия Самарского научного центра РАН. 2015;17(2):622-7.
- 42. Уклонская ДВ. Восстановление речи при приобретённых анатомических дефектах и деформациях челюстно-лицевой области. Москва, РФ: Логомаг; 2017. 104 с.
- 43. Задеренко ИА, Мудунов АМ, Иванов СЮ, Азизян РИ, Ахундов АА, Алиева СБ, и др. Способ лечения местно-распространённого рака корня языка. Опухоли головы и шеи. 2018;8(1):12-6.
- Malagelada JR, Bazzoli F, Boeckxstaens G. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Dysphagia – Global Guidelines and Cascades Update. J Clin Gastroenterol. 2015;49(5):370-8.
- Nelke KH, Pawlak W, Gerber H, Leszczyszyn J. Head and neck cancer patients' quality of life. Adv Clin Exp Med. 2014;23(6):1019-27.
- 46. Tripathi M, Parshad S, Rajender K, Singh V. Pectoralis major myocutaneous flap in head and neck reconstruction: An experience in 100 consecutive cases. *Natl J Maxillofac Surg.* 2015;6(1):37-41.
- Rihani J, Lee MR, Lee T, Ducic Y. Flap selection and functional outcomes in total glossectomy with laryngeal preservation. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149:547-53.
- Aničin A, Šifrer R, Strojan P. Pectoralis major myocutaneous flap in primary and salvage head and neck cancer surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial* Surgery. 2015;73(10):2057-64.
- Zhang X, Li MJ, Fang QG, Sun CF. A comparison between the pectoralis major myocutaneous flap and the free anterolateral thigh perforator flap fo r reconstruction in head and neck cancer patients: assessment of the quality of life. J Craniofac Surg. 2014;25(3):868-71.
- Maurer J, Hipp M, Schäfer C, Kölbl O. Dysphagia: Impact on quality of life after radio(chemo)therapy of head and neck cancer. Strahlenther Onkol. 2011;187(11):744-9.

- Papel ID. Facial plastic and reconstructive surgery. 4th ed. New York, USA: Thieme Publishers; 2016. 1024 p.
- 31. Constantinescu G, Rieger J, Winget M. Patient perception of speech outcomes: the relationship between clinical measures and self-perception of speech function following surgical treatment for oral cancer. *Am J Speech Lang Pathol.* 2017;26(2):241-7.
- 32. Fang QG, Shi S, Zhang X, Li ZN, Liu FY, Sun CF. Assessment of the quality of life of patients with oral cancer after pectoralis major myocutaneous flap reconstruction with a focus on speech. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2013;71(11):1-5.
- Ganiev DF, Khabibulaev ShZ, Dzhurabekova KM, Sharapova NM, Sayfutdinova MB. Otsenka psikhosomaticheskogo statusa pri okazanii palliativnoy pomoshchi onkologicheskim bol`nym [Assessment of psychosomatic status of cancer patients in rendering palliative care]. Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana. 2017;2:10-5.
- Szturz P, Vermorken JB. Treatment of elderly patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. Front Oncol. 2016; 6:199.
- Tschiesner U, Sabariego C, Linseisen E, Becker S, Stier-Jarmer M, Cieza A, et al. Priorities of head and neck cancer patients: a patient survey based on the brief ICF core set for HNC. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013;270:3133-42.
- 36. Licitra L, Mesía R, Keilholz U. Individualised quality of life as a measure to guide treatment choices in squamous cell carcinoma of the head and neck. *Oral Oncology.* 2016;52:18-23.
- Oliviera KG, Zeidler SV, Podesta JR, Sena A, Souza ED, Lenzi J, et al. Influence of pain severity on the quality of life in patients with head and neck cancer before antineoplastic treatments. BMC Cancer. 2014;14(39):1-8.
- Bianchini C, Malago M, Crema L, Aimoni C, Matarazzo T, Bortolazzi S, et al. Post-operative pain management in head and neck cancer patients: predictive factors and efficacy of therapy. Acta Otorhinolaryngologica Italica. 2016;36:91-6.
- Isakova ME. Bolevoy sindrom v onkologii [Pain syndrome in oncology]. Moscow, RF: Prakticheskaya meditsina; 2011. 384 p.
- 40. Bottomley A, Tridello G, Coens C. An international phase 3 trial in head and neck cancer: quality of life and symptom results: EORTC Head and Neck and the EORTC Radiation Oncology Group. *Cancer*. 2014;120:390-8.
- Pismennyy VI, Kulakova NM, Pismennyy IV. Logopedicheskaya pomoshch` posle khirurgicheskogo lecheniya zlokachestvennykh opukholey orofaringeal`noy zony [Logopedic aid after surgical treatment of tumors of oropharyngeal zone] *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra RAN*. 2015;17(2):622-7.
- Uklonskaya DV. Vosstanovlenie rechi pri priobretyonnykh anatomicheskikh defektakh i deformatsiyakh chelyustno-litsevoy oblasti [Restoration of speech in acquired anatomic defects of maxillofacial region]. Moscow, RF: Logomag; 2017. 104 p.
- 43. Zadrenko IA, Mudunov AM, Ivanov SYu, Azizyan RI, Akhundov AA, Alieva SB, i dr. Sposob lecheniya mestno-rasprostranyonnogo raka kornya yazyka [New method of treatment of locally advanced cancer of the tongue base]. *Opukholi golovy i shei.* 2018;8(1):12-6.
- Malagelada JR, Bazzoli F, Boeckxstaens G. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Dysphagia – Global Guidelines and Cascades Update. J Clin Gastroenterol. 2015;49(5):370-8.
- Nelke KH, Pawlak W, Gerber H, Leszczyszyn J. Head and neck cancer patients' quality of life. Adv Clin Exp Med. 2014;23(6):1019-27.
- 46. Tripathi M, Parshad S, Rajender K, Singh V. Pectoralis major myocutaneous flap in head and neck reconstruction: An experience in 100 consecutive cases. *Natl J Maxillofac Surg.* 2015;6(1):37-41.
- Rihani J, Lee MR, Lee T, Ducic Y. Flap selection and functional outcomes in total glossectomy with laryngeal preservation. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149:547-53.
- Aničin A, Šifrer R, Strojan P. Pectoralis major myocutaneous flap in primary and salvage head and neck cancer surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial* Surgery. 2015;73(10):2057-64.
- Zhang X, Li MJ, Fang QG, Sun CF. A comparison between the pectoralis major myocutaneous flap and the free anterolateral thigh perforator flap fo r reconstruction in head and neck cancer patients: assessment of the quality of life. J Craniofac Surg. 2014;25(3):868-71.
- Maurer J, Hipp M, Schäfer C, Kölbl O. Dysphagia: Impact on quality of life after radio(chemo)therapy of head and neck cancer. Strahlenther Onkol. 2011;187(11):744-9.

🚺 СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Сангинов Джумабой Рахматович, доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Мудунов Али Мурадович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением хирургии опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей, Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Бло-

Юлдошев Равшан Зохидович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Базаров Негмат Исмаилович, доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Ниязов Илхомидин Каримович, аспирант кафедры онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Сафарзода Нуридинджони Абдулвохид, аспирант кафедры онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ниязов Илхомидин Каримович

аспирант кафедры онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139

Тел.: +992 (918) 874887 E-mail: ilhomnike@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: СДР, МАМ

Сбор материала: НИК, СНА

Анализ полученных данных: СДР, МАМ, ЮРЗ Подготовка текста: ЮРЗ, БНИ, НИК, СНА Редактирование: СДР, МАМ, БНИ Общая ответственность: СДР

Поступила 02.01.2019 Принята в печать 26.03.2019

(i) AUTHOR INFORMATION

Sanginov Dzhumaboy Rakhmatovich, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical University

Mudunov Ali Muradovich, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Head of the Department of Surgery of Tumors of the Upper Respiratory and Digestive Tracts, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center

Yuldoshev Ravshan Zokhidovich, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical

Bazarov Negmat Ismailovich, Doctor of Medicine, Professor of the Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical

Niyazov Ilkhomidin Karimovich, Postgraduate Student, Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical University

Safarzoda Nuridindzhoni Abdulvokhid, Postgraduate Student, Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical University

Information about the source of support in the form of grants, equipment, and drugs

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest.

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Niyazov Ilkhomidin Karimovich

Postgraduate Student, Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical University

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139

Tel.: +992 (918) 874887 E-mail: ilhomnike@mail.ru

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: SDR, MAM Data collection: NIK, SNA

Analysis and interpretation: SDR, MAM, YuRZ

Writing the article: YuRZ, BNI, NIK, SNA Critical revision of the article: SDR, MAM, BNI

Overall responsibility: SDR

Submitted 02.01.2019 Accepted 26.03.2019