

ВЛИЯНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

И.К. НИЯЗОВ¹, Д.Р. САНГИНОВ², З.Х. ХУСЕЙНЗОДА¹, Н.И. БАЗАРОВ²

¹ Республиканский онкологический научный центр, Душанбе, Республика Таджикистан

² Кафедра онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: провести сравнительную характеристику параметров качества жизни (КЖ) больных раком органов головы и шеи в зависимости от способа реконструкции.

Материал и методы: проведено ретро- и проспективное наблюдение за 169 больными раком органов головы и шеи в возрасте от 25 до 92 лет. Основная группа включала 108 (63,9%) больных, которым произведена одномоментная пластика дефектов различными лоскутами. При этом с целью пластики дефекта у 108 больных были применены 14 различных вариантов (132 лоскутов): кожно-мышечных – 65 (49,2%), кожно-фасциальных и кожно-жировых – 56 (42,4%) и других – 11 (8,2%) лоскутов. Контрольную группу составил 61 (36,1%) пациент, которому операция завершена пластикой местными тканями либо свободным кожным трансплантатом. Общее функциональное состояние и КЖ пациентов оценено по шкалам Карновского, ECOG Performance Status Scale и опроснику EORTC QLQ-H&N-35.

Результаты: исходное состояние больных в основной и контрольной группах было на одинаковом уровне – в диапазоне между 40-80 баллами по шкале Карновского. После оперативного вмешательства удалось добиться изменения общего состояния пациентов в обеих группах в сторону улучшения – в диапазоне от 60 до 100 баллов. Оценка статуса работоспособности (ECOG) больных до и после операции показала, что после оперативного вмешательства данный статус изменён от низких ECOG 1-2 до ECOG 0 у 63,9% больных основной и 37,7% контрольной группы. Анализ результатов опросника КЖ EORTC QLQ-H&N35 выявил существенные позитивные изменения во всех параметрах КЖ больных основной группы, а среди пациентов контрольной группы после операции позитивных сдвигов не отмечено. Таким образом, получены статистически значимые позитивные результаты общего статуса здоровья и параметров КЖ у больных основной группы по всем трём шкалам оценки.

Заключение: несмотря на сложность и многогранность оценки и субъективный характер параметров КЖ, можно сделать вывод о том, что одномоментные реконструктивно-восстановительные операции при местнораспространённом раке органов головы и шеи лоскутами на ножке позитивно влияют на показатели качества жизни пациентов и ускоряют их реабилитацию.

Ключевые слова: местнораспространённый рак, голова и шея, реконструкция, лоскуты, качество жизни.

Для цитирования: Ниязов ИК, Сангинов ДР, Хусейнзода ЗХ, Базаров НИ. Влияние реконструктивно-восстановительных операций на качество жизни больных с местнораспространённым раком органов головы и шеи. *Вестник Авиценны*. 2021;23(1):46-52. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-46-52>

INFLUENCE OF PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED HEAD AND NECK CANCER

I.K. NIYAZOV¹, D.R. SANGINOV², Z.KH. KHUSEYNZODA¹, N.I. BAZAROV²

¹ Republican Scientific Oncology Center, Dushanbe, Republic of Tajikistan

² Department of Oncology and Diagnostic Imaging, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: A comparative assessment of the quality of life (QOL) parameters in patients with head and neck cancer (HNC) depending on the methods of reconstruction.

Methods: A prospective and retrospective observation and follow-up of 169 patients with HNC aged from 25 to 92 years old was carried out. The main group included 108 (63.9%) patients, who underwent one-stage reconstruction of surgical defects by 132 various pedicle flaps with axial type of vascularization: myocutaneous 65 (49.2%), fasciocutaneous 56 (42.4%) and other 11 (8.2%). The control group consisted of 61 (36.1%) patients to whom the surgery was completed with minimal reconstruction to the defect with local tissues or free skin graft. The performance status and QOL of the patients were assessed with Karnovsky Scale, ECOG-Performance Status Scale and the EORTC QLQ-H&N-35 questionnaire.

Results: The baseline performance status of patients in the study and control groups was at the same level – in the range between 40-80 points according to the Karnovsky Scale. After surgery, changes in the general condition of patients in both groups were achieved towards improvement – in the range from 60 to 100 points. Evaluation of the patients' ECOG performance status before and after surgery showed that postoperatively, this status changed from ECOG 1-2 to ECOG 0 in 63.9% of patients in the main group and 37.7% in the control group. The analysis of the results of the QOL EORTC-QLQ-C30/H&N35 questionnaire revealed significant positive changes in all parameters of the QOL of patients of the main group, and among the patients of the control group after surgery no positive changes were noted. Thus, statistically significant positive results were obtained for the parameters of the QOL in patients of the main group for all three assessment tools.

Conclusions: Despite the complexity and versatility of the assessment, and the subjective nature of the QOL parameters, we can conclude that simultaneous reconstructive surgery for locally advanced head and neck cancer with pedicle flaps has a positive effect on the QOL of patients and accelerates their rehabilitation.

Keywords: *Locally advanced cancer, head and neck, reconstruction, flaps, quality of life.*

For citation: Niyazov IK, Sanginov DR, Khuseynzoda ZKh, Bazarov NI. Vliyaniye rekonstruktivno-vosstanovitel'nykh operatsiy na kachestvo zhizni bol'nykh s mestnorasprostranyonnym rakom organov golovy i shei [Influence of plastic and reconstructive surgery on the quality of life of patients with locally advanced head and neck cancer]. *Vestnik Avicenny [Avicenna Bulletin]*. 2021;23(1):46-52. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-46-52>

ВВЕДЕНИЕ

В общей структуре онкологических заболеваний злокачественные новообразования головы и шеи составляют в среднем 20-30%. Ежегодная заболеваемость раком головы и шеи в мире составляет более 550 тыс. случаев, при этом смертность достигает около 300 тыс. человек [1]. Соотношение заболеваемости между мужчинами и женщинами колеблется от 2:1 до 4:1. Исследованиями оценена глобальная заболеваемость раком головы и шеи от 400 тыс. до 600 тыс. новых случаев в год и смертности от 223 тыс. до 300 тыс. смертей в год [2].

Плоскоклеточный рак (ПКР) составляет около 90-95%, занимая шестое место среди злокачественных опухолей органов головы и шеи (ООГШ) [3] или 7% в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями человека и входит в десятку наиболее часто встречающихся форм [4-6]. Наиболее часто встречающиеся локализации (кожа, слизистые полости рта, носовых и придаточных пазух, носо- и ротоглотки, гортани и гортаноглотки) характеризуются разнообразием клинических проявлений, трудностями хирургического лечения [7].

Несмотря на современные инновационные достижения в хирургическом лечении, проведении лучевой терапии и системной терапии, прогноз пациентов с местнораспространённым заболеванием на момент обращения сомнителен: 5-летняя выживаемость составляет 50%, а средняя общая выживаемость пациентов с рецидивирующим или метастатическим заболеванием составляет 1 год [4, 5, 7, 8].

Хирургическое вмешательство при раке органов головы и шеи в большинстве случаев вызывает анатомические изменения, которые могут привести к серьёзным дисфункциям в исследуемой области, таким как трудность речи, нарушения жевания и глотания. Кроме того, оперативное вмешательство в области головы и шеи влияет и на внешний вид больного, вызывая стойкие анатомо-функциональные и эстетические нарушения, которые являются причиной дополнительных страданий пациентов, что отрицательно влияет на их качество жизни (КЖ). Эти нежелательные состояния возникают на разных этапах комбинированного и комплексного методов лечения больных с ООГШ. В доступной литературе встречаются работы, посвящённые проблемам КЖ больных во время лечения рака органов головы и шеи. В этих публикациях фрагментарно отражены изменения КЖ в период комбинированного и комплексного методов лечения, куда, наряду с хирургическим вмешательством, входят и воздействия на организм больного химиолучевой терапии, кумулятивные побочные эффекты которых, по данным многих исследований, имеют выраженное отрицательное влияние на организм больного.

Таким образом, наше исследование направлено на более сфокусированный и системный подход к изучению влияния хирургического метода на улучшение параметров КЖ больных при местнораспространённом раке головы и шеи с акцентом на реконструктивно-восстановительные методы артериализированными лоскутами на ножке в различных группах пациентов, с целью дополнить существующие пробелы по этой проблеме.

Реабилитация больных с ООГШ принимается как неотъемлемая часть ухода за пациентом и направлена на улучшение его КЖ. Больные, прошедшие расширенные объёмы операции по поводу ООГШ, сталкиваются со многими проблемами и требуют специальной программы реабилитации, включающей следующие аспекты: функциональную, медицинскую, эстетическую,

психологическую и социальную. Это обеспечивает общую основу для рассмотрения уникальных требований к реабилитации [9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести сравнительную характеристику параметров качества жизни оперированных больных с местнораспространённым раком органов головы и шеи в зависимости от способа реконструкции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Основу исследования составляют наблюдения за 169 больными с ПКР области головы и шеи в возрасте от 25 до 92 лет, находившимися на лечении в отделении общей онкологии Республиканского онкологического научного центра Республики Таджикистан за период с 2008 по 2019 г.г., у которых опухолевый процесс имел местнораспространённый характер и соответствовал III-IVA, В стадиям. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу (основную) были включены 108 больных (63,9%), которым после удаления опухоли и лимфодиссекции выполнялась одномоментная реконструкция образовавшихся дефектов лоскутами с осевым характером кровообращения. Во вторую (контрольную) группу были включён 61 пациент (36,1%), которому произведено иссечение опухоли с замещением дефекта местными тканями либо свободным кожным трансплантатом, а иногда без пластики. Из общей когорты (169 больных) 102 пациента (60,3%) проанализированы проспективно, а 67 больных (39,6%) – ретроспективно, причём доля «проспективных» больных в основной группе составила 59,3% (64 больных), а в контрольной – 62,2% (38 больных).

Виды лоскутов при реконструктивно-восстановительных операциях приведены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в нашем исследовании для реконструкции дефектов наиболее часто были применены кожно-мышечные лоскуты (65 случаев). Из них лоскуты с включением большой грудной мышцы составили 27,8% от всего пластического материала, используемого при реконструктивных операциях. Вторыми и третьими по частоте применения были кожно-мышечный трансплантат с включением грудинно-ключично-сосцевидной и грудинно-подъязычной мышц – соответственно в 9,9% и 9,1% случаев. Из кожно-фасциальных и кожно-жировых лоскутов (56 случаев), наиболее часто применяли носогубный лоскут (32 лоскута). Почти с одинаковой частотой пластика осуществлялась с применением шейного, лобного и субментального кожно-фасциального лоскутов (7; 5; и 4 наблюдений). С наименьшей частотой были использованы кожно-фасциальные лоскуты – височный, дельтопекторальный и лоскут из заушной области (в 3; 2 и 2 случаях соответственно); у одного больного дефект кожи волосистой части головы был восстановлен лоскутом из теменной области.

Качество жизни (КЖ) больных в обеих группах оценивалось на 2 этапах – непосредственно до и после оперативного вмешательства. Общесоматическое состояние или статус работоспособности пациентов в обеих группах нами оценивалось до и после хирургического лечения по шкале Карновского (0-100 баллов) и 4-балльной шкале ECOG Performance Status Scale.

Состояние КЖ в предоперационном (в период госпитализации) и послеоперационном периодах (спустя месяц после операции) оценивалось по шкалам EORTC QLQ-30 и специальному

Таблица 1 Количество использованных лоскутов на ножке

№	Виды лоскутов	Количество больных
Кожно-мышечные лоскуты, включающие мышцу		
1	Большую грудную	37
2	Грудинно-ключично-сосцевидную	12
3	Грудинно-подъязычную	12
4	Платизму	3
5	Трапецевидную	1
Итого		65 (49,2%)
Кожно-фасциальные и кожно-жировые лоскуты		
1	Носо губный	32
2	Шейный	7
3	Лобный	5
4	Субментальный	4
5	Височный	3
6	Дельтопекторальный	2
7	Кожно-фасциальный из заушной области	2
8	Теменной	1
Итого		56 (42,4%)
Прочие лоскуты		
1	Свободный расщеплённый кожный лоскут	8
2	Лоскут со слизистой щеки	3
Итого		11 (8,2%)
Всего		132 (100%)

модулю, предназначенному для опухолей головы и шеи – EORTC QLQ-H&N-35, версия 3.0. Последний был нами применён впервые в республике, а результаты исследования отражают непосредственное изменение параметров КЖ пациентов до и после хирургического этапа лечения рака головы и шеи, которые отмечались самими больными в количественной форме.

Анкета качества жизни Европейской организации по исследованию и лечению рака (EORTC QLQ-C30) является базовой анкетой для измерения КЖ больных с онкопатологией. Она состоит из 30 пунктов, включающих 6 функциональных подшкал и ряд подшкал симптомов. Баллы для каждой подшкалы варьируют от 0 до 100, где для функциональных подшкал более высокие баллы указывают на лучшие условия, а для симптомов – наоборот [10]. Способы и возможности оценки КЖ онкологических больных варьируют от простых до сложных, и каждый из методов по-своему информативен. В современной онкологии необходимо оценивать результаты лечения злокачественных опухолей не только по критериям выживаемости и продолжительности жизни, но и по специальным показателям КЖ. Поэтому данные КЖ могут стать основой, по которой разрабатываются реабилитационные программы.

Для статистической обработки результатов использовалась программа Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA). Абсолютные показатели были представлены в виде медианы и нижнего с верхним квартилями (Me [25q; 75q]), а относительные величины – в виде долей (%). Сравнение абсолютных величин для зависимых выборок проводили с помощью Т-критерия Вилкоксона. Сравнение относительных величин для независимых выборок проводили с помощью критерия χ^2 Пирсона. Статистически значимыми признавались различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании исходное общее состояние больных в основной и контрольной группах до операции было на одинаковом уровне – в диапазоне между 40-80 баллами по индексу Карновского ($p=0,1653$). Нормальная физическая активность с сохранением умеренно-выраженных симптомов онкологического заболевания (80 баллов) имела место у 23 (21,2%) больных основной и у 17 (27,8%) пациентов контрольной группы. На аналогичном уровне у 52 (48,2%) больных основной группы и у 30 (49,1%) больных контрольной группы наблюдалось ограничение нормальной активности, связанное с симптомами заболевания (70 баллов). Также 24 (22,2%) больных из основной и 13 (21,3%) пациентов из контрольной группы иногда нуждались в помощи постороннего (60 баллов), а 21 (10%) больной из основной группы и 16 (12%) больных из контрольной группы часто нуждались в помощи и медицинском обслуживании (50 баллов).

После оперативного вмешательства в целом удалось изменить общее состояние пациентов в обеих группах в сторону улучшения, в диапазоне от 60 до 100 баллов. При этом полностью были сняты жалобы и симптомы заболевания у 6 (5,6%) пациентов основной и 1 (1,6%) из контрольной группы. Незначительные симптомы заболевания с сохранением активности отмечены у 64 (59,2%) пациентов основной и 22 (36,0%) – контрольной группы. У 36 (33,3%) больных основной и 31 (50,8%) пациента контрольной группы сохранились умеренно выраженные симптомы заболевания, но они могли двигаться при дополнительных усилиях. 2 (1,9%) пациента из основной и 6 (9,8%) – из контрольной группы обслуживали себя, однако не были способны к нормальной деятельности, и лишь 1 (1,63%) больной иногда нуждался в посторонней помощи медперсонала.

Таблица 2 Результаты анализа показателей ECOG статуса больных по группам после операции по качественным параметрам (%) по критерию χ^2

ЕСОГ статус	Основная группа (n=108)	Контрольная группа (n=61)	p
0	63,9% (69)	37,7% (23)	=0,0010 (<0,01; $\chi^2=10,8$)
1	36,1% (39)	60,7% (37)	=0,0021 (<0,01; $\chi^2=9,5$)
2	0	1,6% (1)	
3	0	0	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 Пирсона)

Также отмечалось изменение общего ECOG статуса работоспособности пациентов после операции в обеих группах в сторону улучшения. При этом у 69 (63,9%) больных из основной и у 23 (37,7%) больных из контрольной группы статус производительности соответствовал ECOG – 0 баллов: эти больные в послеоперационном периоде были активными и выполняли всё, что делали до заболевания. Статус до уровня ECOG – 1 балл был восстановлен у 39 (36,1%) больных основной и 37 (60,7%) – контрольной группы. Эти пациенты могли выполнять лёгкую сидячую работу, но не могли взяться за тяжёлый физический труд. Один (1,6%) больной из контрольной группы со статусом ECOG – 2 балла не мог выполнять работу, но был способен к самообслуживанию. Эти результаты наглядно демонстрируют, что оперативное вмешательство способствовало улучшению работоспособности пациентов для выполнения нормированной и умеренной физической нагрузки в обеих группах исследования, однако эта положительная тенденция заметно была выражена в основной группе по сравнению с контрольной. При статистическом анализе этих результатов также отмечена положительная динамика в показателях (табл. 2).

В результате нам удалось изменить ECOG статус больных от низких ECOG – 1, 2 баллов до ECOG – 0 баллов у 69 (63,9%) больных основной и у 23 (37,7%) – контрольной группы. С относительно низким ECOG – 1 статусом из основной группы были 39 (36,1%) и с контрольной – 37 (60,7%) пациентов. Данные различия были статистически значимыми ($p < 0,05$).

Анализ данных опросника качества жизни EORTC QLQ-N&N35 показал, что опросник заполнили 100 (92,5%) пациентов основной группы и 47 (77,0%) – контрольной группы до и после операции. Установлено, что больные до операции в обеих группах по уровню нарушения параметров КЖ существенно не отличались. После операции отмечены позитивные коррективы почти по всем параметрам КЖ больных основной группы, что подтверждает прямую корреляцию между проведением реконструктивно-восстановительных операций и параметрами КЖ после операции.

Опросник EORTC QLQ-N&N-35 – это модуль, используемый для оценки КЖ пациентов с раком головы и шеи. Он включает семь шкал, состоящих из нескольких пунктов, которые оценивают: выраженность симптома боли, способность глотать, чувства (вкус, запах), речь, социальное питание, социальные контакты и сексуальность. Также включены шесть индивидуальных шкал, которые исследуют наличие симптоматических проблем, связанных с зубами, открыванием рта, сухостью во рту (ксеростомия), липкостью слюны, кашлем и плохим самочувствием. Баллы опросников EORTC QLQ-C30 и QLQ-N&N35 находятся в диапазоне от 0 до 100. Высокий балл по шкалам КЖ отражает относительно высокий (здоровый) уровень функционирования или общее качество жизни, тогда как высокий балл по шкале

симптомов представляет собой наличие симптома или проблемы.

Изучив детально данные изменения в пределах групп исследования, можно убедиться, что в целом нам удалось внести позитивные коррективы почти во все параметры КЖ больных основной группы (табл. 3).

Как видно из табл. 3, результаты функциональных шкал и симптомов в исследуемых группах, выраженные в числовом формате (0-100) и представленные медианой, нижним и верхним квартилем (Me [25q; 75q]), оказались сопоставимыми. Так, пациенты основной группы сообщили о статистически значимых положительных изменениях в степени выраженности таких параметров, как боль, глотание, вкус и обоняние, речь, питание в общественных местах, контакт в обществе, открытие рта, сухость во рту (ксеростомия), вязкость слюны, общее чувство болезни, использование назогастрального зонда и пищевых добавок. Без изменения остались такие показатели, как кашель, применение анальгетиков, зубные проблемы, изменение массы тела.

Также нами проведён анализ результатов опросника в контрольной группе до и после операции (табл. 4).

Данные табл. 4 показывают, что среди больных контрольной группы после операции тоже были выявлены изменения в симптомах, однако статистически значимых позитивных сдвигов параметров КЖ не выявлено.

В целом пациенты из основной группы, которым была проведена реконструкция с использованием артериализированных лоскутов на ножке, сообщили о лучшем КЖ по сравнению с пациентами из контрольной группы. Среди симптомов наиболее тревожными в основной группе были боль, жевание, связанные с отсутствием зубов, а в контрольной группе – боль, проблемы с обонянием и вкусом, отсутствие зубов, проблемы при социальном контакте в обществе и общее чувство болезненности.

Полученные нами результаты влияния одномоментных реконструктивно-восстановительных операций на параметры КЖ больных коррелируют с данными других исследователей. Так, Efunkoуа AA et al (2015) на основании анализа собственного материала пришли к заключению, что оценка КЖ больных раком органов головы и шеи после операций должна стать основным элементом лечебной тактики [11].

Kulbakin DE et al (2017), проанализировав результаты проведённых 120 реконструктивных операций у больных с местнораспространённым раком головы и шеи отмечают, что одномоментные реконструкции утраченных структур после иссечения опухоли значительно улучшают выживаемость и КЖ больных, способствуют быстрой реабилитации пациентов и повышению их социального статуса [12].

Влияние метода лечения на КЖ при раке органов головы и шеи также изучена многими авторами [12-17]. Так, Christopher K et al (2017) на 64 больных оценивали результаты различных

Таблица 3 Анализ результатов анкетирования больных основной группы до и после операции опросником EORTC QLQ-H&N35 (Me [25q; 75q])

Симптом	До операции (n=100)	После операции (n=99)	р
Боль	41,7 [29,2; 66,7]	8,3 [8,3; 16,7]	=0,0000 (<0,001; Z=8,0)
Глотание	16,7 [8,3; 25,0]	8,3 [0; 8,3]	=0,0000 (<0,001; Z=5,2)
Обоняние и вкус	16,7 [16,7; 33,3]	16,7 [0; 3,3]	=0,0044 (<0,01; Z=2,8)
Речь	44,4 [22,2; 44,4]	22,2 [11,1; 22,2]	=0,0000 (<0,001; Z=6,9)
Питание в общественных местах	50,0 [41,7; 66,7]	25,0 [25,0; 33,3]	=0,0000 (<0,001; Z=7,7)
Проблемы контакта в обществе	56,7 [46,7; 66,7]	26,7 [20,0; 33,3]	=0,0000 (<0,001; Z=8,0)
Проблемы половой сферы	0	0	
Состояние зубов	66,7 [33,3; 66,7]	66,7 [33,3; 66,7]	=0,7222 (>0,05; Z=0,4)
Открытие рта	33,3 [33,3; 66,7]	33,3 [0; 33,3]	=0,0000 (<0,001; Z=5,8)
Ксеростомия	33,3 [16,7; 66,7]	0 [0; 33,3]	=0,0000 (<0,001; Z=6,5)
Вязкость слюны	33,3 [33,3; 66,7]	0 [0; 33,3]	=0,0000 (<0,001; Z=6,6)
Кашель	0	0 [0; 33,3]	
Чувство болезни	66,7 [66,7; 100,0]	33,3 [33,3; 33,3]	=0,0000 (<0,001; Z=7,5)
Анальгетики	0	100,0 [100,0; 100,0]	
Пищевые добавки	100,0 [100,0; 100,0]	100,0 [0; 100,0]	=0,0021 (<0,01; Z=3,1)
Назогастральный зонд	100,0 [100,0; 100,0]	0 [0; 100,0]	=0,0000 (<0,001; Z=7,2)
Потеря веса	0	0 [0; 100,0]	
Прибавка веса	100,0 [100,0; 100,0]	100,0 [100,0; 100,0]	=0,1088 (>0,05; Z=1,6)

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между показателями до и после операции (по Т-критерию Вилкоксона)

методов хирургического лечения с использованием опросника EORTC-QLQ-H&N35, который выявляет разнообразие симптомов, ассоциированных с локальными проявлениями этой области. Динамика процесса изучена поэтапно: до лечения и в сроки 1, 3, 6, 12 месяцев после лечения, с применением хирургического, лучевого и химиотерапевтического методов. Авторы установили преимущественно позитивное влияние хирургического метода на КЖ больных [13].

Davudov MM et al (2019) проанализировали 120 больных, оперированных по поводу злокачественного процесса полости рта, III-IV стадии, распределённых на 3 группы: а) без реконструктивных вмешательств; б) с реконструкцией с использованием пластин и в) лоскутами. Исследователи пришли к выводу о том, что в группе больных с реконструктивными вмешательствами результаты качества жизни были лучше [14].

Таблица 4 Анализ результатов анкетирования больных контрольной группы до и после операции опросником EORTC QLQ-H&N35 (Me [25q; 75q])

Симптом	До операции (n=47)	После операции (n=46)	р
Боль	41,7 [25,0; 58,3]	33,3 [25,0; 50,0]	=0,6891 (>0,05; Z=0,4)
Глотание	25,0 [8,3; 33,3]	25,0 [8,3; 33,3]	=0,2604 (>0,05; Z=1,1)
Обоняние и вкус	33,3 [16,7; 50,0]	33,3 [16,7; 50,0]	=0,8886 (>0,05; Z=0,1)
Речь	55,6 [33,3; 66,7]	55,6 [33,3; 66,7]	=0,7299 (>0,05; Z=0,3)
Питание в общественных местах	66,7 [50,0; 75,0]	66,7 [50,0; 75,0]	=0,9750 (>0,05; Z=0,0)
Проблемы контакта в обществе	73,3 [53,3; 80,0]	73,3 [53,3; 80,0]	=0,5563 (>0,05; Z=0,6)
Проблемы половой сферы	0	0	
Состояние зубов	66,7 [33,3; 66,7]	66,7 [33,3; 66,7]	=0,5286 (>0,05; Z=0,6)
Открытие рта	33,3 [33,3; 33,3]	33,3 [33,3; 33,3]	=0,5002 (>0,05; Z=0,7)
Ксеростомия	33,3 [33,3; 66,7]	33,3 [33,3; 66,7]	=0,7531 (>0,05; Z=0,3)
Вязкость слюны	33,3 [33,3; 66,7]	33,3 [33,3; 66,7]	=0,5337 (>0,05; Z=0,6)
Кашель	0 [0; 33,3]	0 [0; 33,3]	=0,5286 (>0,05; Z=0,6)
Чувство болезни	100,0 [66,7; 100,0]	100,0 [66,7; 100,0]	=0,7989 (>0,05; Z=0,2)
Анальгетики	0	0	
Пищевые добавки	100,0 [0; 100,0]	100,0 [0; 100,0]	=1,0000 (>0,05; Z=0)
Назогастральный зонд	0 [0; 100,0]	0 [0; 100,0]	=0,3454 (>0,05; Z=0,9)
Потеря веса	0	0	
Прибавка веса	100,0 [100,0; 100,0]	100,0 [100,0; 100,0]	=0,1088 (>0,05; Z=1,6)

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между показателями до и после операции (по Т-критерию Вилкоксона)

Доступные рандомизированные и когортные исследования подтверждают оправданность данной тактики [15-17]. В частности Zhang X-W et al (2017), проанализировав влияние одномоментной пластики дефектов головы и шеи на КЖ у 110 больных, отметили значимые преимущества по сравнению с контрольной группой (n=80) [17].

Таким образом, наши результаты, касающихся влияния одномоментных реконструктивных операций на параметры КЖ в основном совпадают с выводами вышеизложенных исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сравнительная оценка влияния одномоментных реконструктивно-восстановительных операций с использованием лоскутов на ножке у больных основной группы показала статистически значимые положительные изменения параметров качества жизни по сравнению с контрольной группой больных, у которых оперативное вмешательство завершалось пластикой местными тканями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chaturvedi AK, Anderson WF, Lortet-Tieulent J, Curado MP, Ferlay J, Franceschi S, et al. Worldwide trends in incidence rates for oral cavity and oropharyngeal cancers. *J Clin Oncol*. 2013;31(36):4550-9.
2. Chaturvedi AK, D'Souza G, Gillison ML, Katki HA. Burden of HPV-positive oropharynx cancers among ever and never smokers in the US population. *Oral Oncology*. 2016;60:61-7.
3. Wolff KD, Follmann M, Nast A. The diagnosis and treatment of oral cavity cancer. *Deutsches Arzteblatt International*. 2012;109:829-35.
4. Задеренко ИА, Мудунов АМ, Иванов СЮ, Азизян РИ, Ахундов АА. Способ лечения местно-распространённого рака корня языка. *Опухоли головы и шеи*. 2018;8(1):12-6.
5. Wissinger E, Griebisch I, Lungershausen J, Foster T, Pashos CL. The economic burden of head and neck cancer: a systematic literature review. *Pharmacoeconomics*. 2014;32:865-82.
6. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Marise R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):359-86.
7. Пачес АИ. *Опухоли головы и шеи. Клиническое руководство. 5-е изд.* Москва, РФ: Практическая медицина; 2013. 478 с.
8. Leemans CR, Braakhuis BJ, Brakenhoff RH. The molecular biology of head and neck cancer. *Nat Rev Cancer*. 2011;11:9-22.
9. Mitchell O, Durrani A, Price R. Rehabilitation of patients following major head and neck cancer surgery. *British Journal of Nursing*. 2012;21(10):31-7.
10. Husson O, de Rooij BH, Kieffer J, Oerlemans S, Mols F, Aaronson NK, et al. The EORTC QLQ-C30 summary score as prognostic factor for survival of patients with cancer in the "Real-World": Results from the population-based PROFILES registry. *The Oncologist*. 2019;24:1-11.
11. Efunkoya AA, Adebola RA, Omeje KU, Amole IO, Akhiwu BI, Osunde DO. Quality of life following surgical treatment of oral cancers. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2015;41(1):19-25.
12. Kulbakin DE, Choynzonov EL, Mukhamedov MR, Garbukov EU. Modern principles of reconstructive surgery for advanced head and neck cancer. *AIP Conference Proceedings*. 2017;1882(1):1020039-1-4.
13. Christopher K, Osazuva PN, Dougherty R, Indergaard SA. Impact of treatment modality on quality of life of head and neck cancer patients: Findings from an academic institution. *American J of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery*. 2017;38(2):1-18.
14. Davudov MM, Harirch I, Arabkheradmand A, Garajei A, Mahmudzadeh H, Shirkhoda M, et al. Evaluation of quality of life of patients with oral cancer after mandibular resection. *Medicine*. 2019;98:41(e17431).
15. Lazarus CL, Husaini H, Anand SM, Jacobson AS, Mojica JK, Buchbinder D, et al. Tongue strength as a predictor of functional outcomes and quality of life after tongue cancer surgery. *Annals Otol Rhinol Laryngol*. 2013;122(6):386-97.
16. Agarwal SK, Munjal M, Koul R, Agarwal R. Prospective evaluation of the quality of life of oral tongue cancer patients before and after the treatment. *Annals Palliat Med*. 2014;3(4):238-43.
17. Zhang X-W, Yan Y-B, Meng L, Liu Z-Q, Xu J-B, Liu H, et al. Quality of life in long-term oral cancer survivors: an 8-year prospective study in China. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2017;123(1):67-75.

REFERENCES

1. Chaturvedi AK, Anderson WF, Lortet-Tieulent J, Curado MP, Ferlay J, Franceschi S, et al. Worldwide trends in incidence rates for oral cavity and oropharyngeal cancers. *J Clin Oncol*. 2013;31(36):4550-9.
2. Chaturvedi AK, D'Souza G, Gillison ML, Katki HA. Burden of HPV-positive oropharynx cancers among ever and never smokers in the US population. *Oral Oncology*. 2016;60:61-7.
3. Wolff KD, Follmann M, Nast A. The diagnosis and treatment of oral cavity cancer. *Deutsches Arzteblatt International*. 2012;109:829-35.
4. Zaderenko IA, Mudunov AM, Ivanov SYu, Azizyan RI, Akhundov AA. Sposob lecheniya mestno-rasprostranyonnogo raka kornya yazyka [Method of treatment of locally-advanced cancer of base of the tongue]. *Opukholi golovy i shei*. 2018;8(1):12-6.
5. Wissinger E, Griebisch I, Lungershausen J, Foster T, Pashos CL. The economic burden of head and neck cancer: a systematic literature review. *Pharmacoeconomics*. 2014;32:865-82.
6. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Marise R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):359-86.
7. Paches AI. *Opukholi golovy i shei. Klinicheskoe rukovodstvo. 5-e izd. [Head and neck tumors. Clinical guidelines]*. Moscow, RF: Prakticheskaya meditsina; 2013. 478 p.
8. Leemans CR, Braakhuis BJ, Brakenhoff RH. The molecular biology of head and neck cancer. *Nat Rev Cancer*. 2011;11:9-22.
9. Mitchell O, Durrani A, Price R. Rehabilitation of patients following major head and neck cancer surgery. *British Journal of Nursing*. 2012;21(10):31-7.
10. Husson O, de Rooij BH, Kieffer J, Oerlemans S, Mols F, Aaronson NK, et al. The EORTC QLQ-C30 summary score as prognostic factor for survival of patients with cancer in the "Real-World": Results from the population-based PROFILES registry. *The Oncologist*. 2019;24:1-11.
11. Efunkoya AA, Adebola RA, Omeje KU, Amole IO, Akhiwu BI, Osunde DO. Quality of life following surgical treatment of oral cancers. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2015;41(1):19-25.
12. Kulbakin DE, Choynzonov EL, Mukhamedov MR, Garbukov EU. Modern principles of reconstructive surgery for advanced head and neck cancer. *AIP Conference Proceedings*. 2017;1882(1):1020039-1-4.
13. Christopher K, Osazuva PN, Dougherty R, Indergaard SA. Impact of treatment modality on quality of life of head and neck cancer patients: Findings from an academic institution. *American J of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery*. 2017;38(2):1-18.
14. Davudov MM, Harirch I, Arabkheradmand A, Garajei A, Mahmudzadeh H, Shirkhoda M, et al. Evaluation of quality of life of patients with oral cancer after mandibular resection. *Medicine*. 2019;98:41(e17431).
15. Lazarus CL, Husaini H, Anand SM, Jacobson AS, Mojica JK, Buchbinder D, et al. Tongue strength as a predictor of functional outcomes and quality of life after tongue cancer surgery. *Annals Otol Rhinol Laryngol*. 2013;122(6):386-97.
16. Agarwal SK, Munjal M, Koul R, Agarwal R. Prospective evaluation of the quality of life of oral tongue cancer patients before and after the treatment. *Annals Palliat Med*. 2014;3(4):238-43.
17. Zhang X-W, Yan Y-B, Meng L, Liu Z-Q, Xu J-B, Liu H, et al. Quality of life in long-term oral cancer survivors: an 8-year prospective study in China. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2017;123(1):67-75.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

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

Researcher ID: AAH-2351-2021

ORCID ID: 0000-0002-4311-3094

SPIN-код: 3535-1025

Author ID: 1099938

E-mail: sanginov1952@gmail.com

Хусейнзода Зафар Хабибулло, доктор медицинских наук, директор Республиканского онкологического научного центра

E-mail: zafhab@mail.ru

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

SPIN-код: 6902-4559

Author ID: 846071

E-mail: bazarovnegmat@mail.ru

Ниязов Илхомидин Каримович, врач-онколог Республиканского онкологического научного центра

Researcher ID: AAH-2357-2021

ORCID ID: 0000-0002-2361-043X

SPIN-код: 1212-0435

Author ID: 1082846

E-mail: ilhomnike@mail.ru

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

Финансовую поддержку со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получили

Конфликт интересов: отсутствует

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ниязов Илхомидин Каримович

врач-онколог Республиканского онкологического научного центра

734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони 59а

Тел.: +992 (918) 874887

E-mail: ilhomnike@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: СДР, БНИ

Сбор материала: ХЗХ, НИК

Статистическая обработка данных: НИК

Анализ полученных данных: СДР, ХЗХ, БНИ, НИК

Подготовка текста: СДР

Редактирование: СДР, БНИ

Общая ответственность: СДР

Поступила 15.02.2021

Принята в печать 29.03.2021

AUTHOR INFORMATION

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

Researcher ID: AAH-2351-2021

ORCID ID: 0000-0002-4311-3094

SPIN: 3535-1025

Author ID: 1099938

E-mail: sanginov1952@gmail.com

Khuseynzoda Zafar Khabibullo, Doctor of Medical Sciences, Director of Republican Scientific Oncology Center

E-mail: zafhab@mail.ru

Bazarov Negmat Ismailovich, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Oncology and Diagnostic Imaging, Avicenna Tajik State Medical University

SPIN: 6902-4559

Author ID: 846071

E-mail: bazarovnegmat@mail.ru

Niyazov Ilkhomeidin Karimovich, Surgical Oncologist, Republican Scientific Oncology Center

Researcher ID: AAH-2357-2021

ORCID ID: 0000-0002-2361-043X

SPIN: 1212-0435

Author ID: 805452

E-mail: ilhomnike@mail.ru

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 Ilkhomeidin Karimovich

Surgical Oncologist, Republican Scientific Oncology Center

734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Somoni Ave., 59a

Tel.: +992 (918) 874887

E-mail: ilhomnike@mail.ru

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: SDR, BNI

Data collection: KhZKh, NIK

Statistical analysis: NIK

Analysis and interpretation: SDR, KhZKh, BNI, NIK

Writing the article: SDR

Critical revision of the article: SDR, BNI

Overall responsibility: SDR

Submitted 15.02.2021

Accepted 29.03.2021