

DOI: 10.18481/2077-7566-2019-15-2-50-55

УДК: 616.31-003

ОБЗОР СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Нуриева Н. С.¹, Гузь А. О.², Захаров А. С.², Гарев А. В.²

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск, Россия

² ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», г. Челябинск, Россия

Аннотация

Предмет: злокачественные новообразования полости рта, первичная выявляемость, обращаемость к специалистам, сроки лечения до госпитализации.

Цель: на основе пятилетнего анализа историй болезни пациентов с верифицированным диагнозом злокачественного новообразования полости рта выявить значимые критерии для первичной диагностики врачами первого контакта, в том числе не онкологического профиля.

Методология. Среди всех медицинских и социальных проблем злокачественные новообразования занимают одно из ведущих мест. Это обусловлено целым рядом причин, среди которых особенно выделяются высокие показатели заболеваемости и смертности, поздняя обращаемость больных за лечением и частая инвалидизация. Целью раннего выявления злокачественных новообразований полости рта является повышение эффективности, радикальности лечения и возможности стоматологической реабилитации, снижение инвалидизации. Проведен пятилетний анализ первично выявленных злокачественных новообразований полости рта у 76 пациентов, госпитализированных для лечения в отделение головы и шеи Челябинского областного онкологического диспансера. Все пациенты — с гистологически подтвержденным диагнозом, нуждающиеся в специализированном противоопухолевом лечении. Помимо стандартных диагностических процедур, всем проведено анкетирование по вопросам первично возникающих жалоб и обращений к специалистам медицинского профиля.

Результаты. На примере полученных анкет, а также проведенных при поступлении в отделение головы и шеи стандартных медицинских обследований проанализированы тенденции первичной обращаемости пациентов к врачам первичного контакта, сроки лечения до направления в специализированное онкологическое учреждение, стадия процесса и наличие метастазирования первичного очага при обращении, наличие отягощающих факторов.

Выводы. Проанализированы результаты за пятилетний период у пациентов с первично выявленным злокачественным новообразованием полости рта, даны практические рекомендации по клинически значимым симптомам развития злокачественных новообразований полости рта, ориентации по срокам наблюдения.

Ключевые слова: стоматология, злокачественные новообразования полости рта, хирургическая стоматология, дефекты челюстных костей, онкология, диагностика заболеваний полости рта

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов

The authors declare no conflict of interest

Адрес для переписки:

Наталья Сергеевна НУРИЕВА

454090, г. Челябинск, ул. Тимирязева, 21а-21

Тел.: 89028603548

Natakipa@mail.ru

Correspondence address:

Natalia S. NURIEVA

454090, Russia, Chelyabinsk., Timiryazev str., 21A-21

Pfone: 89028603548

Natakipa@mail.ru

Образец цитирования:

Нуриева Н. С., Гузь А. О., Захаров А. С., Гарев А. В.
ОБЗОР СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ
ПЕРВИЧНОЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА
Проблемы стоматологии, 2019, т. 15, № 2, стр. 50—55
© Нуриева Н. С. и др. 2019
DOI: 10.18481/2077-7566-2019-15-2-50-55

For citation:

Nurিয়েva N. S., Guz A. O., Zakharov A. S., Karev A. V.
REVIEW OF THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF PRIMARY
DETECTION OF MALIGNANT TUMORS OF THE CAVITY
Actual problems in dentistry, 2019, vol. 15, № 2, pp. 50—55
© Nurিয়েva N. S. et al. 2019
DOI: 10.18481/2077-7566-2019-15-2-50-55

DOI: 10.18481/2077-7566-2019-15-2-50-55

REVIEW OF THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF PRIMARY DETECTION OF MALIGNANT TUMORS OF THE CAVITY

Nurieyeva N.S.¹, Guz A.O.², Zakharov A.S.², Karev A.V.²

¹ South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

² Chelyabinsk regional clinical Center for clinical Oncology and nuclear medicine, Chelyabinsk, Russia

Annotation

Subject: malignant neoplasms of the oral cavity, primary detectability, appeal to specialists, terms of treatment before hospitalization.

Objective: based on a five-year analysis of the medical records of patients with a verified diagnosis of malignant neoplasm of the oral cavity, to identify significant criteria for primary diagnosis, doctors of the first contact, including non-cancer profile.

Methodology. Malignant neoplasms occupy one of the leading places among all medical and social problems. This is due to a number of reasons, among which are particularly high rates of morbidity and mortality, late treatment of patients and frequent disability. The Purpose of early detection of malignant tumors of the oral cavity is to increase the effectiveness and radicality of treatment, increase the possibility of dental rehabilitation, reduction of disability. To write this article, we conducted a five-year analysis of the primary detection of malignant tumors of the oral cavity in 76 patients hospitalized for treatment in the head and neck Department of the Chelyabinsk district Oncology center. All patients with histologically confirmed diagnosis. Everyone needs specialized anti-tumor treatment. In addition to standard diagnostic procedures, all patients were surveyed on the issues of primary complaints and appeals to medical specialists.

Results. On the example of the received questionnaires as well as the standard medical examinations conducted upon admission to the head and neck Department, the trends of the primary referral of patients to primary contact doctors, the terms of treatment before referral to a specialized oncological institution, the stage of the process and the presence of metastasis of the primary focus during treatment, the presence of aggravating factors are analyzed.

Conclusions. The results for the five-year period in patients with primary malignant neoplasm of the oral cavity were evaluated, practical recommendations on clinically significant symptoms of malignant tumors of the oral cavity, orientation on the timing of observation were given.

Keyword: dentistry, malignant neoplasms of the oral cavity, surgical dentistry, defects of the jaw bones, oncology, diagnosis of diseases of the oral cavity

Введение

Злокачественные новообразования полости рта и ротоглотки составляют около 1,5 % всех опухолей у человека. Встречаются у мужчин чаще всего в возрасте от 40 до 60 лет и в 4 раза чаще, чем у женщин [1, 5, 24]. Динамика числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака слизистой оболочки полости рта, глотки за 2012—2018 годы стремится к увеличению [2, 18, 23]. Эта локализация занимает 2 место по темпам прироста в структуре всей онкологической заболеваемости. При этом около 90 % больных оказываются в возрастном интервале от 30 до 59 лет, то есть это пациенты работоспособного возраста [7, 20, 25]. Заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта в структуре онкологической патологии занимает 6 место среди больных мужского пола и 8-9 — у женщин [4, 8, 22]. Несмотря на так называемую визуальную локализацию, 60-70 % больных начинают специальное лечение в III-IV стадиях заболевания [3, 21].

Цель исследования: на основе пятилетнего анализа историй болезни пациентов с верифицированным диагнозом злокачественного новообразования полости рта выявить значимые критерии

для первичной диагностики врачами первого контакта, в том числе не онкологического профиля.

Материал и методы

В течение пятилетнего исследования было обследовано в условиях ЧОКОД (г. Челябинск) 76 пациентов с верифицированным диагнозом рака слизистой оболочки полости рта. Всем пациентам проведены соответствующее обследование и анкетирование на тему истории развития данного заболевания. Полученные данные статистически обработаны при помощи программы Statistica 6.0. Исходя из данных рис. 1, основной пик заболеваемости приходится на возраст 50—69 лет. Причем пик выявляемости у женщин (37 %) приходится на возраст 50—59 лет, у мужчин в этом возрасте процент несколько ниже и составляет 27,7 %. Однако в дальнейшем наблюдается пик выявляемости у мужчин (34 %) в возрасте 60—69 лет при незначительной динамике снижения показателей у женщин (34 %) для возраста 60—69 лет. Приведенные данные подтверждают мнения других исследований о пике диагностики данной патологии [6, 9, 15, 19]. Данный возраст относится к работоспособному и социально активному, что придает дополни-

тельную значимость проблеме первичной выявляемости и ранней диагностики.

Также, исходя из полученных данных, общее количество первично выявленного новообразования у женщин составляет всего 36,5 %, у мужчин — 63,5. При этом средний возраст женщин — $62,2 \pm 1,3$ года, средний возраст мужчин — $62,1 \pm 1,2$.

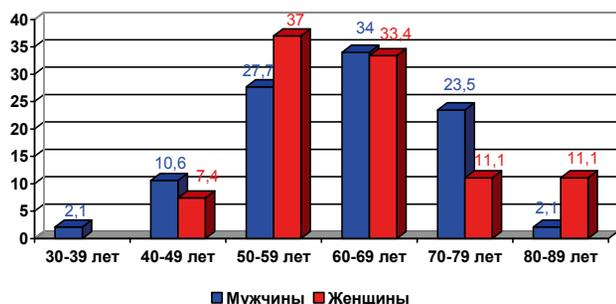


Рис. 1. Распределение пациентов по возрастно-половой структуре (в % к итогу)

Fig. 1. Distribution of patients by age and sex structure (% of total)

Существенную роль в развитии рака головы и шеи играют неблагоприятные условия труда, повышенная инсоляция, воздействие ветра, контрастных температур, условий обитания, наличие производственных вредностей [10, 16, 17]. Однако в нашем исследовании лишь 43 % составляли жители г. Челябинска (крупного промышленного центра). Часть из них работает или какое-то время работала на крупных промышленных предприятиях города, на производстве, связанном с наличием профессиональных вредностей, таких как высокие температуры, повышенная запыленность, наличие летучих химических соединений [11, 13].

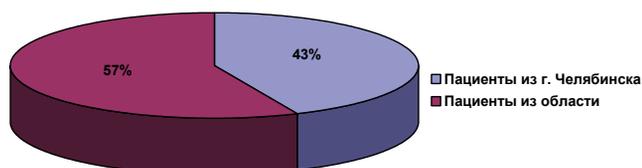


Рис. 2. Распределение пациентов по месту жительства

Fig. 2. Distribution of patients by place of residence

57 % из первично выявленных составляли пациенты из области (по направлению). Данные цифры позволяют сделать вывод об эффективной работе первичного диагностического звена при выявлении данной патологии.

Распределение опухолевого процесса по стадиям во всех случаях классически проводилось по классификации TNM. Для наглядности, согласно принципам этой классификации, категории TNM представлены на рис. 3, 4.

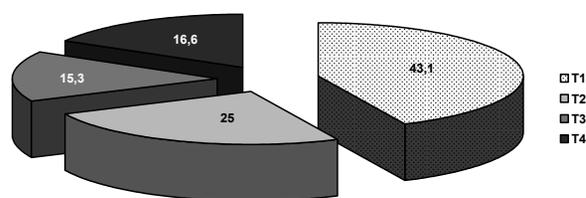


Рис. 3. Структура по размерам первичного очага (Т), классификация TNM (в % к итогу)

Fig. 3. Structure size of the primary tumor (T) TNM classification (in % of total)

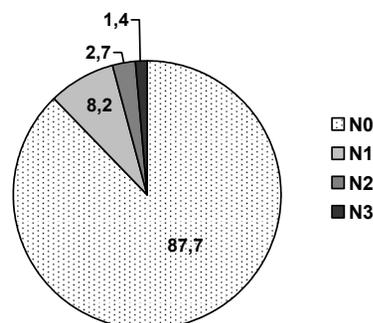


Рис. 4. Структура по наличию региональных метастазов N (в % к итогу)

Fig. 4. Structure by regional metastases N (% of total)

Обращают на себя внимание процент ранней диагностики (стадия T1 определялась в 43,1 %, T2 — в 25, T3 — в 15,3, T4 — в 16,6), а также наличие регионального метастазирования (N0 — 87,7 %, N1 — 8,2, N2 — 2,7, N3 — 1,4).

При исследовании структуры пациентов по M (отдаленные метастазы) все пациенты, вошедшие в исследование, 100 % M₀. Все приведенные данные свидетельствуют об эффективности мероприятий, направленных на онконастороженность врачей первичного звена.

Совокупность вышеприведенных данных по стадийности первичной диагностики злокачественных новообразований полости рта наглядно демонстрирует рис. 5, характеризующий распределение пациентов по стадиям процесса на момент обращения в ЧОКОД.

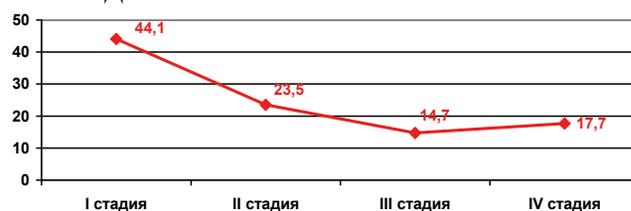


Рис. 5. Распределение пациентов по стадиям злокачественного процесса (в % к итогу)

Fig. 5. Distribution of patients by stages of malignant process (% of total)

Локализация новообразований орофарингеальной зоны в обследуемых нами группах была следующей: дно полости рта — 12,1 %, языка — 43,9, верхней челюсти — 1,5, нижней челюсти — 12,1, слизистой оболочки щеки — 1,5, губы — 43,9. Обращает на себя внимание высокая локализация в максимально доступных для обзора органах (губа и язык), что также указывается рядом авторов в проведенных исследованиях [12, 14].

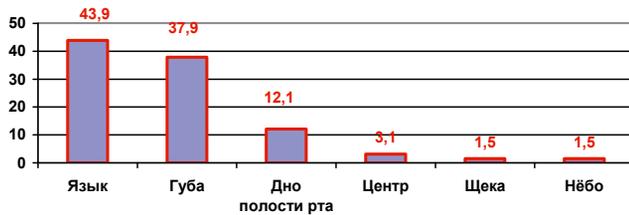


Рис. 6. Распределение пациентов по локализации выявленных злокачественных новообразований (в % к итогу)

Fig. 6. Distribution of patients by localization of the revealed malignant neoplasms (in % to the total)

В возникновении и развитии рака орофарингеальной зоны большое значение уделяется местным травмирующим и канцерогенным факторам, таким как курению, употреблению крепких спиртных напитков, механическим травмам разрушенными зубами или ортопедическими конструкциями (некачественными зубными протезами), воздействию химических соединений и температурных раздражителей. В нашем исследовании обобщенные факторы риска составляли 93,2 % (табл. 1).

Таблица 1

Факторы риска возникновения злокачественных новообразований полости рта относительно стоматологического статуса пациентов

Table 1

Risk factors for malignant neoplasms of the oral cavity, relative to the dental status of patients

Наличие хронического заболевания СОПР, %	Наличие травмы (протез, коронка зуба, пломба), %	Изменений СОПР не выявлено, %
21,2	23,9	54,9

Так, при анализе факторов, предшествующих возникновению рака, установлено, что на фоне хронических заболеваний СОПР он возник у 22,2 % пациентов, у 23,9 % ему предшествовала хроническая травма зубами, коронками либо краем съемного протеза, а у 54,9 % опухоль появилась (по данным опроса пациента и состоянию на момент обследования) на неизменной слизистой оболочке. В нашем исследовании выявлено озлакачествление: папилломатоза, лейкоплакии, красного плоского лишая.

Результаты и обсуждение

В результате анкетирования 76 пациентов с верифицированным диагнозом рака слизистой оболочки полости рта также были получены результаты по первичной обращаемости, представленные в табл. 2.

Таблица 2

Распределение пациентов по первичному обращению к специалистам

Table 2

Distribution of patients by primary treatment to specialists (%)

Стоматолог, %	ЛОП, %	Терапевт (уч.), %	Хирург, %	Онколог, %
29,6	22,5	15,5	2,8	29,6

Видно, что 29,6 % первично обратились к стоматологу, а это треть всех первичных обращений.

По принятым стандартам оказания стоматологической помощи, «лечение различных изменений на слизистой оболочке осуществляется врачом-стоматологом. Если в течение 2 недель консервативного лечения не наступает улучшения, больной должен быть осмотрен онкологом».

Однако следует также обратить внимание на то, что 59,2 % больных до обращения к специалистам лечились самостоятельно, народными методами.

Клиническое течение злокачественных опухолей органов полости рта условно можно разделить на три фазы или периода: начальный, развитой и период запущенности.

Начальный период. В это время больные чаще всего отмечают непривычные ощущения в зоне патологического очага. При осмотре полости рта могут быть обнаружены различные изменения: уплотнение слизистой оболочки, тканей, поверхностные язвы, папиллярные новообразования, белые пятна и т.д. Анализ наших наблюдений показывает, что почти 10 % случаев при первых обращениях к специалистам местные поражения на слизистой оболочке не были выявлены.

Боли, которые обычно заставляют обращаться к врачу, отмечаются в начальный период развития рака примерно в 25 % случаев, в нашем исследовании боль как ведущий симптом была в 26,8 % случаев. Однако более чем в 50 % боли связывали с ангиной, гайморитом, заболеванием зубов и т.д. Таким образом, внимание врачей направлялось по ложному пути.

Развитой период. В это время появляются многочисленные симптомы. Прежде всего почти всех пациентов беспокоят боли разной интенсивности, хотя иногда, даже при больших размерах опухолей, они могут отсутствовать. Боли становятся мучительными, имеют локальный характер или иррадиируют в ту или иную область головы, чаще в соответствующее ухо, височную область. У многих больных усиливается саливация в результате раздражения слизистой оболочки продуктами распада опухоли. Типичным

симптомом является *запах изо рта* — спутник распада или инфицирования опухоли. С жалобами на запах из полости рта обратилось 9,8 %.

В развитой период злокачественного новообразования полости рта выделяют две анатомические формы: экзофитную (опухоль грибовидной формы с бляшковидными или папиллярными выростами) и эндофитную (язвы, часто принимающие вид глубоких щелей). С жалобами на наличие новообразования в полости рта обратилось 33,8 %, на наличие язвы — 25,4.

Период запущенности. Новообразование, быстро распространяясь, разрушает окружающие ткани. По проведенным обследованиям, до 17,7 % имеют запущенную форму, ведущей жалобой при обращении было нарушение функций приема пищи, глотания, речи.

Выводы

Несмотря на доступность челюстно-лицевой области для обследования, у больных часто диагностируются лишь крайние стадии заболевания. В проведенном нами пятилетнем исследовании 3-я стадия выявлена в 14,7 %, 4-я — в 17,7.

Основными причинами запущенности опухолей полости рта являются следующие: отсутствие у них онкологической настороженности или недостаточные

знания у врачей стоматологического профиля, а также у врачей других специальностей в этом разделе медицины, бессимптомность течения, «стертость» клиники опухолей и несвоевременное обращение больных.

При первичном обращении, а также в ходе динамического наблюдения за пациентами и лечения предраковых состояний врач-стоматолог обязан обратить внимание на следующие клинические признаки, позволяющие ему думать об озлокачествлении:

- длительное, вялое течение процесса;
- безуспешность консервативного лечения;
- ускорение темпов роста очага поражения;
- усиление процессов ороговения;
- исчезновение четкости границ очага;
- уплотнение тканей под основанием и вокруг очага поражения;
- изъязвление очагов поражения;
- возникновение самопроизвольных болей, подвижности группы зубов;
- постепенное нарастание симптома пареза мимических мышц, потеря (онемение) кожной чувствительности в зоне иннервации подглазничного и подбородочного нервов;
- изменение характера выделений из носа; появление зловонного гнойного или сукровичного отделяемого.

Литература

1. Вагнер, В.Д. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология/В.Д. Вагнер, П.И. Ивасенко, Д.И. Демин. — Москва: Медицинская книга, 2002.
2. Вагнер, В.Д. Онкологическая настороженность в практике врача-стоматолога/В.Д. Вагнер, П.И. Ивасенко, И.В. Анисимова. — Москва: Медицинская книга, 2010.
3. Евграфова, О.Л. Диагностика онкологических заболеваний челюстно-лицевой области/О.Л. Евграфова, Н.Е. Пермякова, С.В. Игнатьева. — Министерство здравоохранения Удмуртской республики, 2012.
4. Опухоли головы и шеи/А.Р. Геворкян, А.В. Бойко, Л.В. Болотина [и др.]. — Москва: Медицина, 2016.
5. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г./М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. — 2014. — 226 с.
6. Дикарев, А.С. Субментальный лоскут в пластической хирургии головы и шеи/А.С. Дикарев, Т.В. Мавроди, В.И. Александров // Восстановительная хирургия. — 2012. — С. 67–68.
7. Матякин, Е.Г. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи/Е.Г. Матякин. — Москва: Вердана, 2009. — 224 с.
8. Нуриева, Н.С. Оценка состояния полости рта у пациентов с новообразованиями орофарингеальной зоны/Ю.С. Кипарисов, Д.Г. Кипарисова, Н.С. Нуриева // Проблемы стоматологии. — 2016. — Т. 12, № 3. — С. 52–57.
9. Нуриева, Н.С. Стоматологическая реабилитация пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти с применением дентальных мини-имплантатов. Клинический пример/Ю.С. Кипарисов, Д.Г. Кипарисова, Н.С. Нуриева // Вопросы современной науки: проблемы, тенденции и перспективы: сборник публикаций научного журнала «Chronos» по материалам VI международной научно-практической конференции. — Москва, 2016. — Ч. 1. — С. 8–11.
10. Реконструктивно-пластические операции у пациентов со злокачественными новообразованиями языка, слизистой дна полости рта, виды пластики/З.А. Раджабова, Д.А. Ракитина, А.В. Гурин [и др.] // Опухоли головы и шеи. — 2015. — № 1. — С. 15–16.
11. Хирургическая стоматология: учебник/под ред. Т.Г. Робустовой. — Москва: Медицина, 2003. — 504 с.
12. Непосредственные результаты комбинированных реконструктивно-пластических операций при лечении местнораспространенных злокачественных опухолей челюстно-лицевой зоны/В.И. Чиссов, И.В. Решетов, С.А. Кравцов [и др.] // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 2001. — № 1. — С. 10–17.
13. Dobratz, E. J. Cheek defects/E. J. Dobratz, P. A. Hilger // Facial Plast Surg Clin North Am. — 2009. — Vol. 17 (3). — P. 455–467.
14. Hair-bearing submental artery island flap for reconstruction of mustache and beard/Z. Demir, A. Kurtay, U. Sahin [et al.] // Plast Reconstr Surg. — 2003. — Vol. 112. — P. 423–429.
15. Faltaous, A. A. The submental artery flap: an anatomic study/A. A. Faltaous, R. J. Yetman // Plast Reconstr Surg. — 1996. — Vol. 97. — P. 56.
16. Goldwyn, R. M. An experimental study of large island flaps in dogs/R. M. Goldwyn, D. L. Lamb, W. L. White // Plast Reconstr Surg. — 1963. — Vol. 31. — P. 528–536.
17. Geden, E. M. The submental island flap for palatal reconstruction: A novel technique/E. M. Geden, D. Buchbinder, M. L. Urken // J Oral Maxillofac Surg. — 2004. — Vol. 62. — P. 387–390.
18. Harii, K. Successful clinical transfer of ten flaps by microvascular anastomoses/K. Harii, K. Omori, S. Omori // Plast Reconstr Surg. — 1974. — Vol. 53 (3). — P. 259–270.
19. An anatomic study and clinical applications of the reversed submental perforator-based island flap/J. T. Kim, S. K. Kim, I. Koshima [et al.] // Plast Reconstr Surg. — 2002. — Vol. 109. — P. 2204–2210.
20. Demir, Z. Repair of pharyngocutaneous fistulas with the submental artery island flap/Z. Demir, H. Velidedeoglu, S. Celebioglu // Plast Reconstr Surg. — 2005. — Vol. 115. — P. 38–44.
21. The submental island skin flap. A surgical protocol. Prospects of use/D. Martin, J. Baudet, J. M. Mondie [et al.] // Ann Chir Plast Esthet. — 1990. — Vol. 35 (6). — P. 480–484.
22. The submental island flap/G. D. Sterne, J. S. Janiszkiwicz, P. N. Hall, A. F. Bardsley // Brit J Plast Surg. — 1996. — Vol. 49. — P. 85–89.
23. Manchot, C. Die Hautarterien des menschlichen Korpers/C. Manchot. — Leipzig: Vogel, 1989. — 60 p.
24. Critical oropharyngocutaneous fistulas after microsurgical head and neck reconstruction: Indications for management using the «tissue-plug» technique/C. J. Salgado, S. Mar-dini, H. C. Chen [et al.] // Plast Reconstr Surg. — 2003. — Vol. 112. — P. 957–963.
25. A 1-year prospective cohort study on mandibular overdentures retained by mini dental implants/B. Milicic, T. Mistic // Eur J Oral Implantol. — 2012. — Vol. 5 (4). — P. 367–379.
26. Todescan S., Lavigne S., Kelekis J Cholakis A. Guidance for the maintenance care of dental implants: clinical review/S. Todescan, S. Lavigne, J. Kelekis, A. Cholakis // Journal Can. Dent. Assoc. — 2012. — Vol. 78. — P. 107.
27. Prosthetic rehabilitation of a patient with mandibular resection prosthesis using mini dental implants (MDIs). Case report/D. Vojvodić, A. Celebić, K. Mehulić, D. Zabarović // Coll Antropol. — 2012. — Vol. 36 (1). — P. 307–311.

References

1. Vagner, V. D., Ivashenko, P. I., Demin, D. I. (2002). *Ambulatorno-poliklinicheskaya onkostomatologiya [Outpatient oncostomatology]*. Moscow : Medical book. (In Russ.)
2. Vagner, V. D., Ivashenko, P. I., Anisimova, I. V. (2010). *Onkologicheskaya nastorozhennost' v praktike vracha-stomatologa [Oncological vigilance in the practice of a dentist]*. Moscow : Medical Book. (In Russ.)
3. Yevgrafova, O. L., Permyakova, N. Ye., Ignat'yeva, S. V. (2012). *Diagnostika onkologicheskikh zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti [Diagnosis of oncological diseases of the maxillofacial region]*. Ministry of Health of the Udmurt Republic. (In Russ.)
4. Gevorkov, A. R., Boyko, A. V., Bolotina, L. V. et al. (2016). *Opukholi golovy i shei [Tumors of the head and neck]*. Moscow : Medicine, 3, 12. (In Russ.)
5. Davydov, M. I., Aksef', Ye. M. (2014). *Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Rossii i stranakh SNG v 2012 g. [Statistics of Malignant Neoplasms in Russia and CIS Countries in 2012]*. 226. (In Russ.)
6. Dikarev, A. S., Mavrodi, T. V., Aleksandrov, V. I. (2012). Submental'nyy noskut v plasticheskoy khirurgii golovy i shei [A submental flap in plastic surgery of the head and neck]. *Vosstanovitel'naya khirurgiya [Reconstructive surgery]*, 67–68. (In Russ.)
7. Matyakin, Ye. G. (2009). *Rekonstruktivnyye operatsii pri opukholyakh golovy i shei [Reconstructive surgeries for tumors of the head and neck]*. Moscow, 224. (In Russ.)
8. Nuriyeva, N. S., Kiparisov, YU. S., Kiparisova, D. G. (2016). Otsenka sostoyaniya polosti rta u patsiyentov s novoobrazovaniyami orofaringeal'noy zony [Assessment of the oral cavity in patients with tumors of the oropharyngeal zone]. *Problemy stomatologii [Problems of Dentistry]*, 12, 3, 52–57. (In Russ.)
9. Nuriyeva, N. S., Kiparisov, YU. S., Kiparisova, D. G. (2016). Stomatologicheskaya reabilitatsiya patsiyentov s priobretennymi defektami verkhney chelyusti s primeneniem dental'nykh mini-implantatov. Klinicheskii primer [Dental rehabilitation of patients with acquired defects of the upper jaw using dental mini-implants. Clinical example]. *Voprosy sovremennoy nauki: problemy, tendentsii i perspektivy : sbornik publikatsiy nauchnogo zhurnala «Chronos» po materialam VI mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii [Issues of modern science: problems, trends and prospects : collection of publications of the scientific journal "Chronos" based on the materials of the VI International Scientific Practical Conference]*, Moscow, 1, 8–11. (In Russ.)
10. Radzhabova, Z. A., Rakitina, D. A., Gurin, A. V. et al. (2015). Khirurgicheskoye otdeleniye opukholey golovy i shei FGBU «NII onkologii im. N.N. Petrova» Minzdrava Rossii, Sankt-Peterburg, Rossiya, Rekonstruktivno-plasticheskiye operatsii u patsiyentov so zlokachestvennyimi novoobrazovaniyami yazyka, slizistoy dna polosti rta, vidy plastiki [Surgical separation of head and neck tumors of the Federal Research Institute of Oncology named after N.N. Petrova «Ministry of Health of Russia, St. Petersburg; Russia, Reconstructive plastic surgery in patients with malignant neoplasms of the tongue, oral mucosa, types of plastics]. *Opukholi golovy i shei [Head and neck tumors]*, 1, 15–16. (In Russ.)
11. Ed. Robustova, T. G. (2003). *Khirurgicheskaya stomatologiya : uchebnik [Surgical dentistry : textbook]*. Moscow : Medicine, 504. (In Russ.)
12. Chissov, V. I., Reshetov, I. V., Kravtsov, S. A. et al. (2001). Neposredstvennyye rezul'taty kombinirovannykh rekonstruktivno-plasticheskikh operatsiy pri lechenii mestno-rasprostranennykh zlokachestvennykh opukholey chelyustno-litsevoy zony [Immediate results of combined reconstructive plastic surgeries in the treatment of locally advanced malignant tumors of the maxillofacial zone]. *Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoy i esticheskoy khirurgii [Annals of plastic, reconstructive and aesthetic surgery]*, 1, 10–17. (In Russ.)
13. Dobratz, E. J., Hilger, P. A. (2009). Cheek defects. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 17 (3), 455–467.
14. Demir, Z., Kurtay, A., Sahin, U., et al. (2003). Hair-bearing submental artery island flap for reconstruction of mustache and beard. *Plast Reconstr Surg*, 112, 423–429.
15. Faltaous, A. A., Yetman, R. J. (1996). The submental artery flap: an anatomic study. *Plast Reconstr Surg*, 97, 56.
16. Goldwyn, R. M., Lamb, D. L., White, W. L. (1963). An experimental study of large island flaps in dogs. *Plast Reconstr Surg*, 31, 528–536.
17. Geden, E. M., Buchbinder, D., Urken, M.L. (2004). The submental island flap for palatal reconstruction: A novel technique. *J Oral Maxillofac Surg*, 62, 387–390.
18. Harii, K., Omori, K., Omori, S. (1974). Successful clinical transfer of ten flaps by microvascular anastomoses. *Plast Reconstr Surg*, 53 (3), 259–270.
19. Kim, J. T., Kim, S. K., Koshima, I. et al. (2002). An anatomic study and clinical applications of the reversed submental perforator-based island flap. *Plast Reconstr Surg*, 109, 2204–2210.
20. Demir, Z., Velidedeoglu, H., Celebioglu, S. (2005). Repair of pharyngocutaneous fistulas with the submental artery island flap. *Plast Reconstr Surg*, 115, 38–44.
21. Martin, D., Baudet, J., Mondie, J. M. et al. (1990). The submental island skin flap. A surgical protocol. Prospects of use. *Ann Chir Plast Esthet*, 35 (6), 480–484.
22. Sterne, G. D., Januszkiwicz, J. S., Hall, P. N., Bardsley, A. F. (1996). The submental island flap. *Brit J Plast Surg*, 49, 85–89.
23. Manchot, C. (1989). *Die Hautarterien des menschlichen Körpers*. Leipzig : Vogel, 60.
24. Salgado, C. J., Mardini, S., Chen, H. C. et al. (2003). Critical oropharyngocutaneous fistulas after microsurgical head and neck reconstruction: Indications for management using the "tissue-plug" technique. *Plast Reconstr Surg*, 112, 957–963.
25. Milicic, B., Mistic, T. (2012). A 1-year prospective cohort study on mandibular overdentures retained by mini dental implants. *Eur J Oral Implantol*, 5 (4), 367–379.
26. Todescan, S., Lavigne, S., Kelekis, J., Cholakis, A. (2012). Guidance for the maintenance care of dental implants: clinical review. *Journal Can. Dent. Assoc*, 78, 107.
27. Vojvodic, D., Celebic, A., Mehulic, K., Zabarovic, D. (2012). Prosthetic rehabilitation of a patient with mandibular resection prosthesis using mini dental implants (MDIs). Case report. *Coll Antropol*, 36 (1), 307–311.

Авторы:

Наталья Сергеевна НУРИЕВА

д. м. н., профессор кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии, Южно-Уральский государственный медицинский университет г. Челябинск, Россия
Natakira@mail.ru

Александр Олегович ГУЗЬ

главный врач отделения головы и шеи, Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины г. Челябинск, Россия
alexz545@mail.ru

Александр Сергеевич ЗАХАРОВ

врач-онколог, Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины г. Челябинск, Россия
zaharov_2005@mail.ru

Артем Владимирович ГАРЕВ

врач-онколог, Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины г. Челябинск, Россия
surgeryart@ya.ru

Authors:

Natalia S. NURIEVA

professor of the department of orthopedic dentistry and orthodontics, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia
Natakira@mail.ru

Alexandr O. GUZ

physician of the head and neck Department Chelyabinsk regional clinical Center for clinical Oncology and nuclear medicine, Chelyabinsk, Russia
alexz545@mail.ru

Alexandr S. ZAKHAROV

oncologist of the Chelyabinsk regional clinical Center for clinical Oncology and nuclear medicine, Chelyabinsk, Russia
zaharov_2005@mail.ru

Artem V. KAREV

oncologist of the Chelyabinsk regional clinical Center for clinical Oncology and nuclear medicine, Chelyabinsk, Russia
surgeryart@ya.ru