

20,2 %, при их отсутствии – 52,2 %. При резекции нижней челюсти 5-летняя выживаемость – 39,7 %, без резекции – 54,6 %.

Выводы. Полученные результаты подтверждают целесообразность хирургического вмешательства при рецидивном или продолженном росте рака СОПР после радикального облучения. Основными факторами, увеличивающими

частоту местных послеоперационных осложнений, являются повышение дозы облучения сверх 60 Гр и расширение объема хирургического вмешательства из-за несвоевременной диагностики рецидивной опухоли. Улучшение результатов лечения связано с ранним выявлением рецидива первичной опухоли и ее метастазов в регионарных лимфатических узлах шеи.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА НА ПЕРЕДНИХ МЫШЦАХ ШЕИ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

А.В. Карпенко, Л.Д. Роман, Н.С. Чуманихина, Р.Р. Сибгатуллин

*Ленинградский областной онкологический диспансер,
отделение опухолей головы и шеи, г. Санкт-Петербург*

Реконструкция дефектов, возникающих после хирургического лечения опухолей полости рта, ротоглотки, остается достаточно сложной задачей для хирурга-онколога. Одной из существенных задач является минимальное травмирование донорского места. В этой связи интерес представляет кожно-мышечный лоскут на передних мышцах шеи, или подподъязычный лоскут. В настоящее время особой популярностью этот способ не пользуется. Основные причины этого – ограниченная арка ротации, лимитирующая мобильность лоскута, и проблемы с венозным оттоком. Интерес к данному способу обуславливается и другими обстоятельствами. Не каждый пациент в состоянии перенести длительные операции с применением свободных реvascularизированных лоскутов. Не каждый дефект «заслуживает» подобных длительных и трудоемких операций, требующих особого навыка, инструментария и других ресурсов.

Материал и методы. Данная работа базируется на историях болезни 12 пациентов (9 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 45 до 62 лет (средний возраст 53,5 года), оперированных в отделении опухолей головы и шеи ЛООД в период с июля 2009 по январь 2010 г. В 8 случаях опухоль поражала дно полости рта, в одном – боковую поверхность мобильной части языка. Небная миндалина была первичным очагом в двух случаях. Наконец, еще в одном случае

опухоль поражала ретромолярное пространство, заднюю треть мобильной части языка и переднюю небную дужку. Распространенность опухоли соответствовала T_1 – 3 пациента, T_2 – 7 пациентов, T_3 – 2 пациента. Все пациенты на момент операции не имели пальпируемых шейных лимфатических узлов, т.е. соответствовали индексу N_0 . Трое пациентов в различные сроки перед операцией получали лучевую терапию в дозе от 38 до 50 Гр. Онкологический этап операции включал в себя резекцию первичной опухоли, в 4 случаях это потребовало выполнения краевой резекции нижней челюсти. Во всех случаях производилась селективная шейная диссекция. При подъеме лоскута учитывался ряд современных модификаций. Размер кожной площадки в типичном случае составлял 10x4 см. Полностью мобилизованный лоскут был связан с питающими сосудами (верхняя щитовидная артерия и вена) фасциальной прослойкой, содержащей в себе кожно-мышечные перфоранты, т.е., по сути, этот лоскут является типичным дистанционным лоскутом с осевым кровоснабжением.

Результаты и обсуждение. Осложнения со стороны лоскута отмечены у 5 пациентов. Тотальный некроз, сопровождавшийся нагноением раны, отмечен у 1 пациента (8,3 %). Некроз в этом случае привел к формированию стойкой оростомы, для пластики которой потребовалось

повторное оперативное вмешательство. Полная потеря только кожной порции лоскута также произошла однажды (8,3 %). В данном случае мышечная часть лоскута удачно выполнила задачу закрытия дефекта дна полости рта, без формирования слюнного свища. У одного пациента (8,3 %) произошел некроз 50 % кожной площадки. Слюнной свищ в данном случае также отсутствовал. Частичный отрыв лоскута от слизистой отмечен у 4 пациентов (33,3 %). У двух из них это привело к формированию слюнного свища, который закрылся самостоятельно с использованием консервативного лечения. Средний срок деканюляции – 9 дней (5 – 30 дней). Удаление назогастрального зонда и восстановление перорального питания происходили в среднем через 19,6 дня (5–90 дней). В 7 случаях восстановление перорального приема пищи произошло в срок до 10 дней после операции. Несмотря на достаточно высокий процент осложнений в этой серии, конечная цель

операции была достигнута у 11 из 12 пациентов (91,7 %). Основными противопоказаниями к применению подподъязычного лоскута являются предшествующая лучевая терапия и значительное поражение лимфоузлов шеи.

Заключение. В последнее время основной упор в реконструкции дефектов орофарингеальной зоны делается на свободные реваascularизированные лоскуты. С нашей точки зрения, подподъязычный лоскут является достойной альтернативой этой трудоемкой методике при пластике небольших дефектов ротовой полости и ротоглотки. Тяжелое соматическое состояние пациентов, отсутствие надежных донорских сосудов на шее, а также отсутствие соответствующего оборудования и опыта иногда заставляют сделать выбор в пользу этого варианта реконструкции. Первые результаты, полученные нами, свидетельствуют о достаточно высокой надежности подподъязычного лоскута.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

М.А. Кропотов

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Несмотря на так называемую визуальную локализацию 60–70 % больных раком слизистой оболочки полости рта начинают специальное лечение в III–IV стадии заболевания, при этом частота поражения нижней челюсти достигает 17–38 %. Основным видом лечения местнораспространенных опухолей полости рта является комбинированное. В 13 % операций при новообразованиях языка и в 38 % – при новообразованиях дна полости рта необходимо выполнение различных видов резекций нижней челюсти. Выделяются 2 основных вида вмешательств на нижней челюсти, выполняемых при злокачественных опухолях слизистой оболочки полости рта: краевая резекция нижней челюсти и сегментарная резекция нижней челюсти. Для принятия решения о выполнении резекции нижней челюсти необходимо учитывать множество факторов: размеры опухоли, близость края

опухоли к нижней челюсти, предшествующее лечение, форму роста опухоли, наличие костной инвазии и ее вид, а также глубину.

Показания для выполнения краевой резекции:

- распространение опухолевой инфильтрации по слизистой оболочке дна полости рта и реже щеки ближе 1 см к альвеолярному отростку нижней челюсти, оцениваемое при клиническом осмотре. В данном случае выполнение краевой резекции целесообразно не только с онкологической точки зрения, но и облегчает фиксацию используемого пластического материала;

- распространение опухоли на альвеолярный отросток нижней челюсти с костной деструкцией, выявляемой при ортопантомографии, но при этом имеет большое значение протяженность костной деструкции и ее вид, а также состояние самой нижней челюсти