

ЗНАЧЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА И ПОЛОСТИ РТА

Письменный И.В.

Самарский государственный медицинский университет г.Самара

Полость рта и язык представляют собой исключительную часть человеческого организма. Анатомия и физиология орофарингеальной зоны представляют сложный комплекс, который выполняет такие необходимые и сложные функции – дыхание, жевание, глотание и речь. Важное значение приобретает создание форм и объемов утраченных структур полости рта, языка при хирургическом лечении опухолей. Самый сложный в техническом решении является хирургический этап, где особенно в последнее время огромная роль отводится реконструктивной составляющей. Основным принципом современной онкологии это неотложное устранение дефектов, образовавшихся после удаления опухолей. В силу сложных анатомо-физиологических особенностей орофарингеальной зоны при образовании дефекта тканей необходимо введение пластического материала не используя окружающие ткани.

Проблема становится менее сложной если в объем операций на органе пораженном опухолью включается тело или ветвь нижней челюсти. В таком случае расширяется возможность введения к зоне образовавшегося дефекта более массивных кожно-мышечных трансплантатов, включая кивательную, грудную, или трапецевидную мышцы. Агрессивность некоторых авторов к сохранению контура нижней челюсти можно предположить обусловленностью сложным доступом и замещением дефектов после хирургического этапа в области ротоглотки и боковых отделов полости рта. Нами было проведено исследование возможностей использования кожно-мышечного лоскута на мышцах расположенных ниже подъязычной кости для замещения обсуждаемых дефектов. При хирургическом лечении опухолей дистальных отделов полости рта, языка и ротоглотки для одномоментного восстановления дефектов после удаления опухолей широкое распространение получили кожно-мышечные лоскуты, на питающей ножке используя дельтопекторальную мышцу, подкожную, трапецевидную мышцы, и их вариации. Мы отдали предпочтение для закрытия дефектов дна полости рта и языка кожному островковому лоскуту на мышцах шеи расположенных ниже подъязычной кости. В послеоперационном периоде отмечены наиболее предпочтительные результаты при использовании кожного лоскута на передних мышцах шеи. Лоскут на грудной мышце и трапецевидной был массивным, сложно укладывался в область полости рта за счет ограничения ее дугой нижней челюсти. Лоскут для закрытия дефектов полости рта и языка на передних мышцах ротировали от 90 до 270 градусов, в различных плоскостях. В 3% случаев отмечен краевой некроз трансплантата, что не привело к образованию оростом. Функциональные результаты при использовании кожно-мышечного лоскута на передних мышцах шеи наиболее предпочтительны, чем при использовании других видов пластики. Особенно хочется отметить высокий косметический и функциональный результаты. Предпочтение для доступа к первичному очагу отдано для боковой фаринготомии, без использования каких либо мандибулотомий и рассечений губы.

Использование артериализированных кожно- мышечных лоскутов на передних мышцах шеи при замещении сложных дефектов дистальных отделов полости рта, языка и ротоглотки позволяет получить хороший функциональный результат с отсутствием деформаций шеи и лица, раннее восстановление приема пищи, речевой и дыхательных функций. Проведенный анализ 136 истории болезни, больных после реконструктивно-восстановительных операций, восстанавливающих объем и форму полости рта, непосредственно связанных с ранними послеоперационными осложнениями и возможностями реабилитации больных. Реконструкция органов полости рта, языка и ротоглотки, создает благоприятные условия для медицинской, трудовой, социальной реабилитации сложной группы больных с опухолями орофарингеальной зоны, позволяет провести противоопухолевое лечение и вернуть больного в общество с высоким качеством жизни.