

кожного лоскута на передних мышцах шеи. Лоскут на грудной мышце и трапециевидной был массивным, сложно укладывался в область полости рта за счет ограничения ее дугой нижней челюсти. Лоскут для закрытия дефектов ротоглотки и корня языка на передних мышцах ротировали до 270 градусов, в 3 плоскостях. Функциональные результаты при использовании кожно-мышечного лоскута на передних мышцах шеи предпочтительнее, чем при использовании других видов пластики. Особенно хочется отметить высокий косметический и

функциональный результаты. Предпочтение для доступа к первичному очагу отдано боковой фаринготомии, без рассечения губы, щеки и костных структур челюстей.

**Выводы.** Использование артериализированных кожно-мышечных лоскутов на передних мышцах шеи при замещении сложных дефектов дистальных отделов языка и ротоглотки позволяет получить хороший функциональный результат с отсутствием деформаций шеи и лица, раннее восстановление приема пищи, речевой и дыхательной функций.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕКИ

В.И. Письменный, С.В. Козлов, В.Ю. Блинова, И.В. Письменный

*Самарский областной клинический онкологический диспансер  
Самарский государственный медицинский университет*

Опухоли слизистой оболочки щеки имеют свои анатомо-топографические особенности и являются технически сложной хирургической локализацией при лечении злокачественных процессов.

**Материалы и методы.** За десять лет в Самарском областном клиническом диспансере прошел лечение по поводу злокачественных опухолей слизистой оболочки щеки 51 больной (мужчин – 39, женщин – 12). Особый интерес представляет, на наш взгляд, группа больных с опухолевым поражением слизистой оболочки щеки и наличием различной степени контрактуры за счет прорастания опухолью структур мышц, поднимающих нижнюю челюсть. Вовлекая в процесс подслизистую клетчатку, крыловидные, жевательную мышцы, мы имеем усугубление ситуации течения опухолевого процесса из-за нарушения акта приема пищи, отсутствия возможности санации полости рта за счет ограничения его открывания. Подобная ситуация крайне сложна, и при лучевом, лекарственном методах лечения встает дилемма, как лечить злокачественную опухоль данной локализации. Усугубление у 23 больных течения опухолевого процесса за счет нарушения алиментарного приема пищи, а это является крайне необходимой составляющей комплекса

лечебного процесса, подталкивает к поиску оптимального выбора плана лечения. Все факторы, которые влияют на предполагаемый прогноз течения и исход заболевания, указывают в сторону скорейшей ликвидации опухолевой контрактуры и кратчайших сроков восстановления приема пищи. Целесообразно применение на первом плане хирургического метода лечения. Возникает проблема поиска пластического материала и восстановления дефицита дефекта слизистой оболочки щеки после иссечения злокачественной опухоли. Восстановление дефекта слизистой оболочки ставит задачу не только заместить удаленную структуру, сохранив онкологическую надежность, но и сохранить все функции полости рта с обязательным удовлетворительным косметическим эффектом. Для этой цели необходим пластический материал, который несет в себе и выполняет необходимые требования для восстановленных тканей дефекта слизистой щеки. При использовании местных тканей мы имеем ограничение объема за счет дефицита слизистой оболочки в боковом отделе от вестибулярного отдела верхней и нижней челюстей. Для решения подобного рода проблемы очень важно найти наиболее оптимальный пластический материал, с помощью которого представится возможность ликвидировать об-

разовавшийся дефект слизистой оболочки после иссечения опухоли. Объем необходимого пластического материала не столь велик и выглядит как максимальная площадь 5,0x3,0 см. Подобный материал найден в близлежащей зоне и представляет собой подчелюстной кожный лоскут, который может быть перемещен на двубрюшную мышцу к зоне дефекта. Подобный островковый кожный лоскут мобилен, достаточно жизнеспособен, легко моделируется, а его возможности и зоны возможного применения далеко не изучены.

**Результаты и обсуждение.** Мы применили островковый кожный лоскут на двубрюшную мышцу у 11 пациентов для реконструкции дефекта слизистой щеки, ретромолярной области, зоны бугра верхней челюсти. Операция выполнялась в плане комбинированного лечения на первом этапе у всех пациентов. Заживление первичным натяжением у всех больных, жизнеспособ-

ность островкового кожного трансплантата с краевым некрозом до 15 % была у 4 больных, в остальных наблюдениях жизнеспособность трансплантата была полной, открывание рта в полном объеме, функция и объем полости рта восстановлены и сохранены.

**Выводы.** Выбор метода лечения при распространенном раке слизистой оболочки щеки с ограничением открывания полости рта имеет особенности в выборе метода лечения, и предпочтение отдано хирургическому методу на первом этапе. Сроки наблюдения составили от 1 до 5 лет. Рецидива и продолженного роста опухоли не наблюдали. С целью восстановления дефекта слизистой оболочки после иссечения опухоли использовали островковый кожный лоскут на двубрюшную мышцу, который дал возможность полностью восстановить дефект, получить хороший косметический эффект, сохраняя онкологическую надежность.

## РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТА ЯЗЫКА ПОСЛЕ ЕГО РЕЗЕКЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОЖНОГО ЛОСКУТА НА МЫШЦАХ НИЖЕ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ

В.И. Письменный, Е.П. Кривошеков, О.В. Осокин, И.В. Письменный

*Самарский областной клинический онкологический диспансер  
Самарский государственный медицинский университет*

Из всех анатомических образований орофарингеальной зоны язык чаще всего поражается злокачественной опухолью. Лечение больных со злокачественными опухолями языка с применением всех противоопухолевых средств не дает гарантии излечения от опухоли. Возможности лекарственного и лучевого методов лечения при раке слизистой оболочки языка имеют ограничения, и более половины пациентов нуждаются в оперативном лечении. При рецидиве или остаточной опухоли, локализованном поражении стандартным объемом оперативного вмешательства на языке является половинная резекция с различной модификацией вмешательства на лимфатических путях. В настоящее время в хирургии полости рта и языка нет единого мнения по поводу реконструкции дефекта подвижной части и корня, хотя в литературе предпочтение отдается свободным

лоскутам. Нами с целью восстановления дефектов языка применяется островковый кожный лоскут на мышцах ниже подъязычной кости.

**Материал и методы.** Проведен анализ дефектов языка и возможности примененного островкового кожного лоскута на мышцах ниже подъязычной кости. Способ реконструкции дефектов языка после иссечения злокачественных опухолей использовался у 49 больных. Первичным заживлением послеоперационный период прошел у 43 (87,7 %) больных, у 6 пациентов отмечен периферический некроз кожного трансплантата, но подобная ситуация не привела к осложнениям, связанным с несостоятельностью зоны восстановления дефекта.

**Результаты и обсуждение.** У всех больных, которым применена методика с пластикой дефекта языка кожным лоскутом на мышцах