

передней поверхности шеи ниже подъязычной кости, получен хороший онкологический, функциональный, косметический результаты. Восстановление формы и объема языка проходило сразу после иссечения опухоли. Прием пищи через рот восстанавливался на 14–20-е сут, дыхание через естественные пути – через две нед. после операции, удовлетворительная речевая функция – на 30-е сут и позже.

Выводы. Островковый кожный лоскут на передних мышцах шеи, расположенных ниже подъязычной кости, дает адекватный объем пластического материала для восстановления дефекта языка после удаления злокачественной опухоли, тем самым обеспечивает максимально короткий период реабилитации, восстанавливает функцию языка. Эффективность проведенных реконструкций высокоэффективна.

ОРОФАЦИАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.П. Поляков, О.В. Маторин, М.М. Филюшин, М.В. Ратушный

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

Цель – улучшение функциональной и социальной реабилитации пациентов после радикального удаления местнораспространенных злокачественных опухолей челюстно-лицевой зоны с резекцией лицевого скелета.

Материал и методы. Предложен метод реконструкции челюстно-лицевой зоны после радикального удаления злокачественных опухолей с использованием метода аутотрансплантации морфофункционально однородных тканей. Накоплен опыт лечения 252 пациентов. Первичные опухоли были у 108 (43 %) пациентов. III стадия опухолевого процесса установлена в 35,0 %, IV – в 60,0 % случаев, рецидивные опухоли – у 115 (46,2 %). По поводу сформированных ранее послеоперационных дефектов оперировано 9,8 % больных. 194 (76,8 %) пациента имели эпителиальные опухоли, из них с символом T_3 – 38,7 % и T_4 – 58,1 %. Резекция основания черепа произведена в 32 (14 %) наблюдениях.

Для устранения орофациальных, краниоорофациальных, ороорбитофациальных и изолированных дефектов нижней челюсти использовано 268 аутотрансплантатов, из них: висцеральных: 38 желудочно-сальниковых, 13 толстокишечно-сальниковых, 32 сальниковых; кожно-мышечно-костных: 12 лучевых, 16 подвздошных, 12 малоберцовых, 96 реберно-мышечных, 23 различных кожно-мышечных лоскута и 24 кожно-фасциальных лучевых. Висцеральные лоскуты использованы для устранения дефектов тканей

дна полости рта, ротоглотки и щеки, кожно-мышечно-реберные – для ороорбитофациальных и орофациальных дефектов, малоберцовый лоскут – для изолированных дефектов нижней челюсти, подвздошный аутоотрансплантат – для тотальных дефектов твердого неба, лучевой – для небольших дефектов дна полости рта, щеки и преддверия рта и костно-кожный лучевой – для реконструкции альвеолярных отростков.

Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 58 (25 %) больных. Летальность составила 2,8 %. Тотальный некроз лоскута отмечен у 12 (5,1 %) пациентов. Некроз лоскута в группе костных аутоотрансплантатов отмечен в 5,7 % наблюдений. Пластика успешно завершена у 98,4 % больных. Реабилитация достигнута в 88,6 % наблюдений. Вернулись к труду 32 % пациентов.

Выводы. Использование морфофункциональных аутоклет и индивидуализация выбора аутоотрансплантата в зависимости от типа дефекта позволяют получить высокий процент функциональной реабилитации больных в сочетании с социальной и трудовой реабилитацией. Микрохирургическая реконструкция краниофациальных дефектов при лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой зоны позволяет решить основные проблемы пластического закрытия обширных сочетанных дефектов челюстно-лицевой зоны после радикального хирургического лечения местнораспространенных опухолей.