

*Дмитрий Борисович Удинцов¹, Михаил Алексеевич Кропотов²,
Владимир Анатольевич Соболевский³*

РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕКИ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКЦИИ

¹ Аспирант, хирургическое отделение опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей, отдел опухолей головы и шеи НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе г. 24)

² Д. м. н., заведующий хирургическим отделением опухолей черепно-челюстно-лицевой области, отдел опухолей головы и шеи НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе г. 24)

³ Д. м. н., заведующий отделением реконструктивной и сосудистой хирургии, отдел общей онкологии НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе г. 24)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, отдел опухолей головы и шеи, хирургическое отделение опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей, Удинцов Дмитрий Борисович;
e-mail: dmitrii-udi@rambler.ru

В работе анализируются данные 52 пациентов, находившихся на лечении в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН по поводу рака слизистой оболочки щеки. Рассмотрены разные подходы к лечению больных данной категории: консервативный, комбинированный и комплексный. В зависимости от распространенности и локализации опухоли оценены различные варианты реконструкции дефектов, образующихся в ходе хирургического лечения.

Ключевые слова: рак слизистой оболочки щеки, лечение, реконструкция дефекта.

Рак слизистой оболочки щеки занимает 3-е место среди злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта, что составляет 7% [1]. Несмотря на доступную для выявления при осмотре локализацию, большинство пациентов обращаются в специализированные онкологические учреждения уже при местнораспространенных процессах [2; 3], что обуславливает необходимость применения различных методов воздействия на опухоль.

В настоящее время нет единого подхода к лечению больных данной категории. Большинство авторов указывают на необходимость использования комбинации лучевой терапии и хирургического лечения, а также на низкую эффективность при использовании их по отдельности [4–9].

В ходе хирургического лечения формируются обширные дефекты, обуславливающие необходимость одномоментной реконструкции. При небольших (менее 2 см), несквозных дефектах возможно использование местных тканей [10]. В случае увеличения размера дефекта показано применение различных перемещенных лоску-

тов: кожно-жирового шейного, носогубного при сочетанных дефектах верхней губы и прилежащих отделов щеки [11], кожно-мышечного лоскута с включением подкожной мышцы [12].

При распространенных дефектах требуется применение различных регионарных перемещенных лоскутов. Так, при локализации дефекта преимущественно в задних отделах щеки и ретромолярной области используют субапоневротический фасциальный перемещенный височный лоскут на поверхностной височной артерии и вене либо лоскут с использованием жирового тела щеки [13]. В случае сквозных дефектов щеки S. Yokoo, S. Tahara, Y. Tsuji и соавт. [14] использовали дублированный свободный лучевой лоскут с применением микрососудистой техники, а А. И. Неробеев [10] — торакодорсальный. При сочетанных дефектах щеки и нижней челюсти, возникающих в результате сегментарной резекции, возможно применение кожно-мышечного лоскута с включением большой грудной мышцы [15]. С развитием микрососудистой техники при подобных дефектах стало возможным применение свободного комбинированного подвздошного трансплантата [16].

Отсутствие однозначного мнения о методах лечения, об их комбинации и последовательности обуславливает

необходимость выработки четких показаний к использованию того или иного вида терапии, а многообразие используемого пластического материала, позволяющего замещать дефекты различных объемов, — определения для каждой локализации дефекта наиболее адекватного вида пластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 52 пациента, лечившихся в нашем стационаре с 1990 по 2006 г. Среди них было первичных 42 (80,8%) больных, 10 (19,2%) поступили в стационар с рецидивами после химиолучевого или комбинированного лечения. Местнораспространенный процесс выявлен у 32 (76,2%) больных. У 10 (23,8%) пациентов распространенность опухолевого процесса соответствовала Т2.

Регионарные метастазы выявлены у 15 (35,7%) больных. Распространенность метастазов соответствовала N1 у 10 (23,8%) больных и N2 — у 5 (11,9%). Поражение регионарных лимфатических узлов зависело от размеров первичного очага. Так, у пациентов с ограниченным опухолевым поражением регионарные метастазы выявлены только в 2 (20%) случаях, а при местнораспространенном опухолевом процессе — в 13 (40,6%) (табл. 1).

Особое внимание уделено локализации первичной опухоли и ее распространению на прилежащие анатомические области, так как это определяло размер дефекта, образующегося в ходе хирургического лечения, и, соответственно, влияло на выбор пластического материала для замещения последнего (табл. 2).

В нашем исследовании у 28 (53,8%) больных опухоль локализовалась в задних отделах щеки и распространялась на ткани ретромолярной области и ротоглотки. У 11 (21,2%) пациентов отмечено распространение опухоли кпереди на угол рта и кожу верхней и нижней губы. Тотальное поражение слизистой оболочки щеки с поражением передних и задних отделов полости рта выявлено у 2 (3,8%) больных. Поражение тканей щеки с переходом опухолевого инфильтрата на альвеолярный отросток нижней челюсти диагностировано у 5 (9,6%)

Таблица 1
Распространенность опухолевого процесса у обследованных больных

Распространенность	N0	N1	N2a	N2b	N2c	N3	Всего
T2	8 (80)	2 (20)	—	—	—	—	10
T3	12 (60)	6 (30)	1 (5)	1 (5)	—	—	20
T4	7 (58,3)	2 (16,7)	3 (25)	—	—	—	12
Всего	27 (64,3)	10 (23,8)	4 (9,5)	1 (2,4)	—	—	42

В скобках указаны проценты.

Таблица 2

Локализация первичной опухоли

Локализация	Число больных	
	абс.	%
Поражение центрального отдела щеки	6	11,5
Распространение на ретромолярную область, ротоглотку	28	53,8
Распространение на угол рта, кожу верхней губы, нижней губы	11	21,2
Тотальное поражение щеки	2	3,8
Распространение на альвеолярный отросток нижней челюсти	5	9,6
Всего	52	100

больных, и только у 6 (11,5%) пациентов опухоль изолированно поражала слизистую оболочку и ткани щеки (см. табл. 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все первичные больные в зависимости от проведенного лечения были разделены на 3 группы. В 1-ю группу были включены 9 (17,3%) пациентов, из которых местнораспространенный процесс был у 8 (88,9%), регионарные метастазы — у 2 (22,2%); все больные получили химиолучевое лечение (табл. 3): лучевая терапия до суммарной очаговой дозы (СОД) 60—70 Гр и 2 курса химиотерапии препаратами платины и 5-фторурацила. У 4 (44,4%) пациентов данной группы лечение было паллиативным, так как у них удалось добиться только частичной регрессии опухоли или стабилизации процесса, а хирургическое лечение на втором этапе не было показано по соматическому состоянию. Эти больные умерли в сро-

Таблица 3
Распределение больных по группам лечения в зависимости от распространенности опухоли

Вид лечения	Распространенность		Итого
	T2	T3—T4	
Химиолучевое	1 (11,1)	8 (88,9)	9
Комбинированное	6 (26,1)	17 (73,9)	23
Комплексное	3 (30)	7 (70)	10
Всего	10	32	42

В скобках указаны проценты.

ки до 8 мес от прогрессирования основного заболевания. У 5 (55,6%) пациентов была достигнута полная регрессия опухоли (табл. 4), из них 2 (40%) живы без признаков прогрессирования. У 3 (60%) пациентов был отмечен рецидив заболевания в сроки до 1 года после окончания лечения. Одному из них была проведена операция, и больной жив без признаков рецидива, у 2 других пациентов хирургическое лечение не было проведено по причине сопутствующей патологии, и они получали симптоматическую терапию. Таким образом, общая выживаемость в этой группе больных составила 60% (табл. 5, 6).

Комбинированное лечение было проведено 23 (44,2%) пациентам. Местнораспространенный опухолевый процесс отмечен у 17 (73,9%) больных. Регионарные метастазы были выявлены у 9 (39,1%) пациентов (см. табл. 3). Всем больным проведена лучевая терапия до СОД 45—50 Гр. Следует отметить, что больным с местнораспространенным опухолевым процессом на первом этапе лечения проводилась лучевая терапия, которая позволила у 9 (52,9%) больных достичь частичной регрессии, а у одного (5,9%) — полной регрессии опухоли (см. табл. 4). Больным с ограниченным опухолевым процессом лучевую терапию проводили в послеоперационном периоде. Рецидив после лечения отмечен у 13 (56,5%) пациентов в сроки от 6 мес до 1,5 года, из них 4 пациентам удалось провести повторные хирургические вмешательства, и они живы без повторных рецидивов. Безрецидивная выживаемость в этой группе больных составила 43,5%, а общая — 60,9% (см. табл. 5, 6).

Во 2-ю группу вошли 10 (19,2%) больных, получивших комплексное лечение. В этой группе у 3 (30%) пациентов распространенность опухолевого процесса соответствовала Т2 и у 7 (70%) — Т3 (см. табл. 3). Регионарные метастазы были выявлены только у 3 (30%) больных с местнораспространенным опухолевым процессом N1. Всем пациентам была проведена предоперационная лучевая терапия до СОД 50 Гр и химиотерапия не более 3 курсов по приведенной выше схеме. После химиолучевого этапа лечения у 6 (60%) пациентов достигнута частичная регрессия опухоли, у 3 (30%) — полная регрессия, под-

твержденная результатами гистологического исследования интраоперационного материала, и у одного (10%) пациента отмечена стабилизация опухолевого процесса (см. табл. 4). Рецидив после окончания комплексного лечения был выявлен у 4 (40%) больных в течение 1 года после завершения лечения. У одного больного опухоль признана неоперабельной, и ему проводили паллиативную химиотерапию. Еще у 3 пациентов выполнено хирургическое вмешательство, один из них жив без признаков прогрессирования. Безрецидивная выживаемость составила 50%, а общая — 70% (см. табл. 5, 6).

Согласно данным, приведенным в табл. 4, химиолучевая терапия как самостоятельный метод лечения или как этап комплексного лечения оправдана. Подобная тактика лечения позволяет добиться хороших результатов и, несомненно, значительно эффективнее только лучевой терапии, что подтверждается частотой полной и частичной регрессии опухолей. Так, полная регрессия опухоли при предоперационной химиолучевой терапии достигнута у 30% больных, при химиолучевом методе лечения — у 55,6%, а применение предоперационной лучевой терапии позволяет добиться подобного результата только в 5,9% случаев.

К нам на лечение с рецидивами из других стационаров поступили 10 (19,2%) больных. У 8 (80%) из них рецидивы развились после консервативного лечения в течение 6—9 мес. Всем пациентам в нашем стационаре было проведено хирургическое вмешательство. Повторный рецидив заболевания был выявлен у 8 (80%) больных в течение 1 года после операции. У 5 (62,5%) пациентов повторный рецидив признан неоперабельным, и больным проводилась симптоматическая терапия. Одному больному было проведено хирургическое лечение по поводу рецидива и метастазов, 2 — по поводу метастазов в регионарные лимфатические узлы. Эта группа больных по результатам лечения была наименее благоприятной: выживаемость без повторного возврата болезни составила 10%, а общая — 30% (см. табл. 5, 6).

Всего хирургическое вмешательство было выполнено у 43 (82,7%) больных, из них первичных было 33 (76,7%). Как уже отмечалось, при раке слизистой оболочки щеки

Таблица 4
Эффективность консервативных методов лечения

Вид лечения	Эффективность			n
	полный эффект	частичный эффект	стабилизация	
Химиолучевое	5 (55,6)	2 (22,2)	2 (22,2)	9
Предоперационное лучевое	1 (5,9)	9 (52,9)	7 (41,2)	17
Предоперационное химиолучевое	3 (30)	6 (60)	1 (10)	10
Всего	9	17	10	36

В скобках указаны проценты.

Таблица 5
Частота рецидивирования болезни в зависимости от лечения

Лечение	Всего больных	Возврат болезни			
		рецидив	рецидив и метастаз	метастаз	всего
Химиолучевое	5	2 (40)	—	1 (20)	3 (60)
Комбинированное	23	6 (26,1)	2 (8,7)	5 (21,7)	13 (56,5)
Комплексное	10	1 (10)	2 (20)	1 (10)	4 (40)
Рецидивы	10	4 (50)	2 (20)	2 (20)	8 (80)

В скобках указаны проценты.

Таблица 6

Выживаемость больных в зависимости от метода лечения

Лечение	Всего	Живы без возврата болезни	Живы с возвратом болезни				Общая выживаемость
			рецидив	метастазы	рецидив и метастазы	всего	
Химиолучевое	5	2 (40)	1 (20)	—	—	1 (20)	3 (60)
Комбинированное	23	10 (43,5)	2 (8,7)	1 (4,3)	1 (4,3)	4 (17,4)	14 (60,9)
Комплексное	10	5 (50)	1 (10)	1 (10)	—	2 (20)	7 (70)
Рецидивы	10	1 (10)	—	1 (10)	1 (10)	2 (20)	3 (30)

В скобках указаны проценты.

наблюдается частое поражение альвеолярного отростка нижней челюсти, вследствие чего приходится производить резекции нижней челюсти в различных объемах. При рентгенологически выявленной костной деструкции, занимающей более половины высоты альвеолярного отростка нижней челюсти, при опухолевой инфильтрации, примыкающей вплотную к нижней челюсти и не смещаемой относительно нее, производили сегментарные резекции последней. У больных со вторичной адентией и атрофией альвеолярного отростка нижней челюсти, даже при ограниченном поражении, также выполняли сегментарные резекции. В тех случаях, когда опухоль распространялась на слизистую оболочку ретромолярной области и альвеолярного отростка нижней челюсти или опухолевая инфильтрация подходила к нижней челюсти ближе 1,0 см, производили краевые резекции. Хирургические вмешательства на нижней челюсти были произведены всего у 36 (83,7%) пациентов, из них краевые резекции — у 16 (44,4%), а сегментарные — у 20 (55,6%) больных.

В большинстве случаев в результате хирургического лечения образовывались комбинированные дефекты тканей значительных объемов, что требовало одномоментной реконструкции. Только у 10 (23,3%) пациентов с ограниченным опухолевым процессом удалось закрыть дефект за счет местных тканей, остальным потребовалось замещать дефект слизистой оболочки, мягких тканей и нижней челюсти различными видами лоскутов, реконструктивными пластинами, костными трансплантатами (табл. 7).

При описании методов реконструкции необходимо подчеркнуть, что в исследование включены пациенты, лечившиеся в нашем стационаре с 1990 г., поэтому выбор пластического материала зависел не только от объема дефекта и его локализации, но и от сроков выполнения последней. В настоящее время значительно выросли требования к эстетической стороне реконструктивной хирургии в онкологии, и ряд лоскутов, активно применявшихся ранее, сейчас практически не используются в силу плохого косметического результата. Разработанные за последнее время новые методики позволяют выполнять операции значительно большего объема и с лучшим

Таблица 7

Пластический материал и местные осложнения

Пластический материал (название лоскутов)	Число операций	Некрозы		
		краевой	частичный	тотальный
Лобно-теменно-затылочный	5 (15,2)	2 (6)	1 (3)	—
Шейный кожно-жировой	4 (12,1)	1 (3)	1 (3)	—
Щечный слизисто-жировой	3 (9,1)	—	—	—
Дельтопекторальный	1 (3)	1 (3)	—	—
С включением большой грудной мышцы	5 (15,2)	2 (6)	2 (6)	—
С включением подкожной мышцы	3 (9,1)	1 (3)	—	1 (3)
Височный субапоневротический	4 (12,1)	1 (3)	—	—
Лопаточный ревааскуляризованный трансплантат	1 (3)	—	—	1 (3)
Лучевой ревааскуляризованный трансплантат	3 (9,1)	—	—	—
Реконструктивная пластина	4 (12,1)	—	—	—
Всего	33 (100)	8 (24)	4 (12)	2 (6)

В скобках указаны проценты.

косметическим результатом, чем ранее. Так, при дефекте задних отделов слизистой оболочки щеки, ретромолярной области, ротоглотки реконструкция выполнялась лобно-теменно-затылочным лоскутом у 5 (15,2%) больных (рис. 1), фасциальным субапоневротическим височным лоскутом в 4 (12,1%) случаях (рис. 2), дефект только слизистой оболочки нижних отделов щеки и челюстно-щечной борозды в 3 (9,1%) случаях был замещен кожно-мышечным лоскутом с включением подкожной мышцы (рис. 3).

Лопаточный кожно-мышечно-костный лоскут на микрососудистых анастомозах применен у одного (3%) больного для замещения дефекта слизистой оболочки щеки и кости нижней челюсти, с этой же целью использовали кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы у 5 (15,2%) больных. При тотальном дефекте слизистой оболочки либо слизистой оболочки и кожи щеки использовали свободный лучевой лоскут — в 3 (9,1%) случаях (рис. 4).

Кроме того, применяли дельтопекторальный лоскут у одного (3%) пациента, шейный кожно-жировой лоскут — у 4 (12,1%), щечный слизисто-жировой — у 3 (9,1%). В 4 (12,1%) случаях дефект нижней челюсти был восстановлен реконструктивной титановой пластиной (см. табл. 7).

Местные осложнения в послеоперационном периоде развились у 14 (42,4%) человек после реконструктивных операций. Краевые некрозы лоскутов отмечены у 8 (24%) пациентов, частичные — у 4 (12%). Некрозы лоскутов с формированием свищей наблюдались у 5 (11,6%) больных, но к моменту выписки из стационара в результате местного лечения самостоятельно закрылись. Тотальные некрозы лоскутов с формированием оростомы и сопровождающиеся выраженными симптомами интоксикации отмечены у 2 (6%) пациентов (см. табл. 7). Подобные дефекты не закрывались самостоятельно и обуславливали необходимость в хирургической коррекции.

ВЫВОДЫ

Частота поражения регионарных лимфатических узлов определяется размером первичного очага. Так, при местнораспространенном опухолевом процессе частота регионарного метастазирования составила 40,6%, а при локализованном процессе — 20%. Поэтому распространенность опухолевого процесса, соответствующего Т3—Т4, является показанием к профилактической лимфодиссекции.

Химиолучевая терапия как самостоятельный вид лечения или как этап комплексного лечения позволяет увеличить число полных регрессий опухолей до 55,6 и 30%



Рисунок 1. Экзофитная опухоль слизистой оболочки щеки с распространением на угол рта и кожу.

А. Вид до лечения. **Б.** Пластика дефекта кожи и слизистой оболочки щеки лобно-теменно-затылочным лоскутом (вид больного после операции).

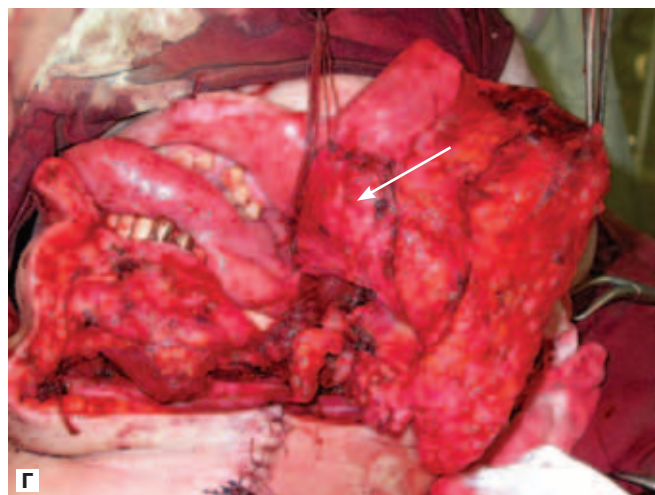


Рисунок 2. Опухолевое поражение слизистой оболочки щеки с распространением на ретромолярную область.

А. Вид опухоли до лечения. **Б.** Вид опухоли после предоперационной химиолучевой терапии. **В.** Этап мобилизации фасциального височного лоскута. **Г.** Представлен подведенный и подшитый к краям дефекта лоскут (указан стрелкой). **Д.** Вид лоскута со стороны полости рта через 1 год после операции. **Е.** Внешний вид пациентки через 1 год после операции.

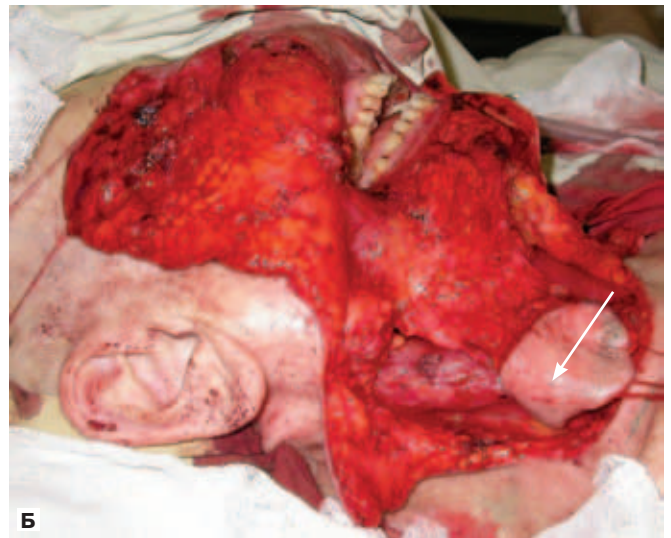


Рисунок 3. Опухоль слизистой оболочки щеки с распространением на нижнюю челюстно-щечную борозду.

А. Вид до лечения. **Б.** Мобилизованный кожно-мышечный лоскут с включением подкожной мышцы. Стрелкой указана кожная площадка лоскута. **В.** Вид со стороны полости рта через 1 год после операции. **Г.** Общий вид больной через 1 год после операции.

соответственно по сравнению с предоперационной лучевой терапией (5,9%).

Комплексное лечение позволяет уменьшить число рецидивов до 40% по сравнению с химиолучевым (60%) и комбинированным лечением (56,5%).

Выбор пластического материала для замещения дефектов определяется индивидуально и зависит от множества факторов. Однако, на наш взгляд, при локализации опухолевого процесса в задних отделах щеки наиболее предпочтительным с точки зрения функционального и косметического результата является височный субапоневротический лоскут, при тотальном дефекте слизистой оболочки щеки и/или распространении на угол рта и кожу — лучевой реваскуляризованный трансплантат.

Применение лобно-теменно-затылочного и шейного кожно-жирового лоскутов обуславливает необходимость дальнейшей коррекции и неудовлетворительно с точки зрения косметического эффекта, поэтому в настоящее время такие лоскуты должны применяться только при невозможности использования других методов пластики.

У большинства пациентов (36; 83,7%) в опухолевый процесс была вовлечена нижняя челюсть, в результате чего потребовалась ее резекция в различных объемах и, следовательно, ее реконструкция. При краевых резекциях оправдано применение описанных выше лоскутов. В случае сегментарной резекции нижней челюсти показано применение комбинированных кожно-мышечно-костных трансплантатов или реконструктивных пластин.

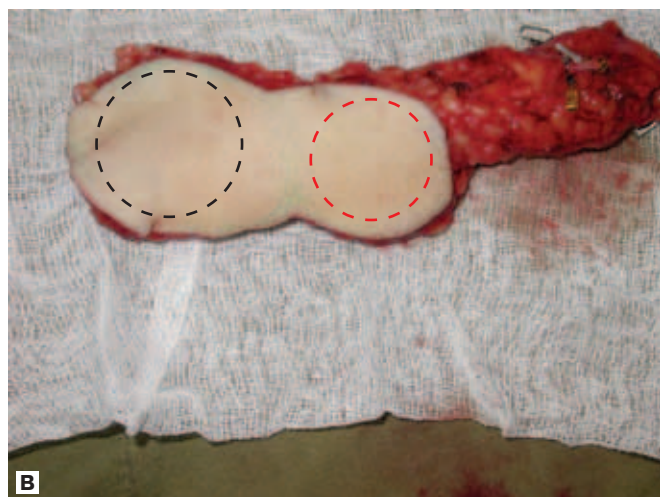


Рисунок 4. Поражение опухолью передних отделов слизистой оболочки щеки, угла рта и кожи.

А. Вид до лечения. **Б.** Дефект мягких тканей щеки и угла рта. **В.** Мобилизованный лучевой трансплантат. Участок в центральной части (в области «перешейка») подготовлен к дезэпидермизации. Красной пунктирной линией обозначена наружная часть трансплантата, черной — внутренняя часть трансплантата. **Г.** Вид со стороны полости рта внутренней части лучевого дублированного трансплантата через 1 год после операции. **Д.** Внешний вид больной через 1 год после операции (на фотографии видна наружная часть лучевого трансплантата).

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И. Энциклопедия клинической онкологии. — М.: РАС-2004, 2004. — С. 142—145.
2. Oral cancer among patients under the age of 35 years / Iype E. M., Pandey M., Mathew A., Thomas G., Sebastian P., Nair M. K. // J. Postgraduate Medicin. — 2001. — Vol. 47. — P. 171—176.
3. Padmakumary G., Varghese C. Annual report 1997, Hospital cancer registry. Thiruvananthapuram: Regional cancer centre. — 2000. — P. 3—7.
4. Chaundhary A. J., Pande S. C., Sharma V. Radiotherapy of carcinoma of the buccal mucosa // Semin. Surg. Oncol. — 1989. — Vol. 5. — P. 322—326.
5. Chhetri D. K., Rawnsley J. D., Calcaterra T. C. Carcinoma of the buccal mucosa // Otolaryngol. Head Neck Surg. — 2000. — Vol. 123. — P. 566—567.
6. Dixit S. Surgery versus surgery and postoperative radiotherapy in squamous cell carcinoma of the buccal mucosa: a comparative study // Ann. Surg. Oncol. — 1998. — Vol. 5. — P. 502—510.
7. Diaz E. M. Jr. Squamous cell carcinoma of the buccal mucosa: one institution's experience with 119 previously untreated patients // Head Neck. — 2003. — Vol. 25. — P. 267—273.
8. Role of combined modality treatment of buccal mucosa squamous cell carcinoma / Lee K. H., Veness M. J., Pearl-Larson T., Morgan G. J. // Australian Dental J. — 2005. — Vol. 50, N 2. — P. 108—113.
9. Mishra R. C., Singh D. N., Mishra T. K. Post-operative radiotherapy in carcinoma of buccal mucosa, a prospective randomized trial // Eur. J. Surg. Oncol. — 1996. — Vol. 22, N 5. — P. 502—504.
10. Неробеев А. И., Плотников Н. А. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. — М.: Медицина, 1997. — P. 270—288.
11. Матякин Е. Г. Первичная кожная пластика шейным лоскутом на ножке при лечении местно-распространенных злокачественных опухолей полости рта, лица и шеи: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 1977.
12. Platysma Myocutaneous Flap for Intraoral Reconstruction / Futrell W. J., Michael E. J., Milton T. E., Edgerton R., Cantrell R. W., Slaughter G., Fitz H. // Am. J. Surg. — 1978. — Vol. 136, N 4. — P. 504—507.
13. Colella G., Tartaro G., Giudice A. The buccal fat pad in oral reconstruction // Br. J. Plastic Surg. — 2004. — Vol. 57, N 4. — P. 326—330.
14. Functional and aesthetic reconstruction of full-thickness cheek, oral commissure and vermillion / Yokoo S., Tahara S., Tsuji Y., Nomura T. // J. Cranio-Maxillofacial Surgery. — 2001. — Vol. 29, N 5. — P. 344—350.
15. Матякин Е. Г., Уваров А. А. Использование кожно-мышечных лоскутов для замещения дефектов тканей головы и шеи // Вопр. онкол. — 1987. — Т. 33, № 11. — P. 105—106.
16. Taylor G. I. Reconstruction of the mandible with free composite iliac bone grafts // An. Plastic Surg. — 1982. — P. 936.

Поступила 06.11.2008

*Dmitry Borisovich Udintsov¹, Mikhail Alexeyevich Kropotov²,
Vladimir Anatolyevich Sobolevsky³*

CANCER OF THE BUCCAL MUCOSA: TREATMENT STRATEGY AND RECONSTRUCTION METHODS

¹ MD, Post-Graduate Student, Surgical Unit for Upper Respiratory—Digestive Tract Tumors, Head and Neck Tumor Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

² MD, PhD, DSc, Head, Surgical Unit for Craniomaxillofacial Tumors, Head and Neck Tumor Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

³ MD, PhD, DSc, Head, Reconstructive and Vascular Surgery Department, General Oncology Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

Address for correspondence: Udintsov Dmitry Borisovich, Surgical Unit for Upper Respiratory – Digestive Tract Tumors, Head and Neck Tumor Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation; e-mail: dmitrii-udi@rambler.ru

The paper analyzes data of 52 patients with cancer of the buccal mucosa managed at the N. N. Blokhin RCRC RAMS. Different treatment approaches such as conservative, combined and multiple modality treatments are compared in this patient category. Types of reconstruction of defects due to surgical treatment are assessed with respect to disease advance and localization.

Key words: cancer of the buccal mucosa, treatment, defect reconstruction.