

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

М.А. Кропотов, В.А. Соболевский

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

Хирургия является основным компонентом комплексного лечения при распространенных опухолях челюстно-лицевой зоны. Комбинированные дефекты представляются сложной проблемой реконструктивной хирургии.

Цель исследования. Определение показаний к применению различных методов реконструкции нижней челюсти, оценка осложнений, функциональных, эстетических, онкологических результатов.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 75 больных злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области, из них у 67 – плоскоклеточный ороговевающий рак, у 8 – первичные саркомы нижней челюсти. Местно-распространенный опухолевый процесс диагностирован у 45 (60,0 %) больных, рецидив после неэффективного курса лучевого лечения – у 30 (40,0 %). Локализация в области дна полости рта – у 28 пациентов (37,3 %) и альвеолярного отростка – 22 случая (29,3 %). Всем больным выполнена сегментарная резекция нижней челюсти, в 8 случаях с экзартикуляцией (10,6 %) с одномоментной реконструкцией. Показания для сегментарной резекции: костная деструкция 1/2 высоты тела челюсти, незначительное разрушение кости при вторичной адентии и атрофии альвеолярного отростка, опухолевый инфильтрат, окру-

жающий челюсть, саркомы челюсти. Способы реконструкции нижней челюсти: реконструктивная пластина (возможно в комбинации с кожно-мышечным лоскутом) – 38 операций (50, 7 %), перемещенный кожно-мышечно-костный лоскут – 10 (13,3 %) (с включением ости лопатки или 5-го ребра), реваскуляризированный трансплантат – 27 (36 %).

Результаты. Осложнения при использовании реконструктивных пластин отмечены у 15 больных (39,5 %), кожно-мышечно-костных лоскутов – у 2 (20 %) и у 5 (18,5 %) при свободных трансплантатах. 2-летняя безрецидивная выживаемость – 55,6 %.

Выводы. Использование реконструктивных пластин позволяет добиться хороших косметических и функциональных результатов. Высокие дозы лучевой терапии, давление пластины на мягкие ткани, отсутствие надкостницы, дефект передних отделов челюсти являются предрасполагающими факторами осложнений. Использование перемещенных лоскутов для пластики боковых отделов челюсти снижает количество осложнений у больных с комбинированными дефектами после радикальной дозы лучевой терапии. При комбинированных, протяженных и подбородочных дефектах применение реваскуляризированных трансплантатов является методом выбора.

РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕКИ: ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ, ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ

М.А. Кропотов, В.А. Соболевский, В.З. Доброхотова, Д.Б. Удинцов

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

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов лечения и реконструкции в зависимости от распространенности и локализации опухолевого процесса.

Материал и методы. В исследование включено 50 больных. У 30 (60 %) больных был местно-распространенный опухолевый процесс, у 11 (22 %) – рецидив. В группу консервативного лечения было вклю-

чено 9 (18 %) больных, которым было проведено химиолучевое лечение. Комбинированное и комплексное лечение было проведено 41 (82 %) больному. У 18 (43,9 %) больных была произведена краевая резекция нижней челюсти, у 14 (34,1 %) больных – фрагментарная. У 17 (41,5 %) больных дефект слизистой оболочки и мягких тканей щеки был замещен фасциальным субапоневротическим височным лоскутом, реваскуляризированным лучевым трансплантатом, перемещенными кожно-жировыми лоскутами. У 9 (22 %) больных для замещения дефекта щеки и нижней челюсти использовались: кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы, реваскуляризированный лопаточный лоскут. У 7 (17,1 %) больных комбинированный дефект слизистой и кожи щеки замещен реваскуляризированным лучевым трансплантатом и лобно-теменно-затылочным лос-

кутом. У 8 (19,5 %) больных удалось восстановить дефект за счет местных тканей.

Результаты. В группе консервативного лечения был выявлен рецидив у 7 (77,8 %) больных. При проведении комбинированного лечения рецидив отмечен у 12 (31,7 %) больных. Осложнения в виде краевого некроза лоскута отмечены у 4 (12,1 %) больных, тотального – у 2 (6 %) больных.

Выводы. Консервативная терапия показала неудовлетворительные результаты при использовании в качестве самостоятельного метода лечения и необходима на первом этапе комплексного лечения. Одномоментная реконструкция является необходимым этапом хирургического лечения. Большой выбор пластического материала позволяет замещать разнообразные дефекты в зависимости от их распространенности и локализации.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕЙ ИЗ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ КИСТ

В.М. Курицын, А.А. Доманин, О.Н. Гуськова

Тверская медицинская академия

В публикациях последних лет встречаются ссылки на возможность развития в стенке эпидермальной кисты доброкачественных и злокачественных опухолей, особенностью которых является отсутствие связи с эпидермисом. Учитывая редкость таких новообразований в клинической практике, сложность их микроскопического строения и недостаточную осведомленность широкого круга клиницистов и патологов об опухолях подобного генеза, мы сочли необходимым привести свои наблюдения.

За последние 20 лет нам удалось обнаружить всего шесть больных с новообразованиями, развившимися из стенки эпидермальной кисты. Все больные были женского пола в возрасте 58–80 лет. Только в двух наблюдениях процесс имел типичную локализацию на волосистой части головы, в других случаях – веки, скат носа и заушная область. У двух больных опухоли имели типичное гистологическое строение доброкачественных кистозных эпителиом. В четырех наблюдениях диагностировали злокачественные новообразования: плоскоклеточный неороговевающий рак у двух

больных, с ороговением у одной пациентки и у одной – базально-клеточный рак сложного строения (сочетание признаков солидной, пилоидной и сальной дифференцировки). Необходимо отметить, что последний гистологический вариант рака никогда ранее не был описан в стенке эпидермальной кисты отечественными и зарубежными авторами. Во всех наших наблюдениях отмечено расхождение клинического и патогистологического диагнозов. Опухоли такого генеза маскировались под другими клиническими диагнозами (атерома, невус, фиброма и гемангиома).

Следует признать, что эпителиальная выстилка эпидермальной кисты может быть источником возникновения доброкачественных и злокачественных новообразований, различного гистологического строения. Злокачественные формы этих опухолей отличаются выраженной биологической агрессивностью и требуют радикального оперативного вмешательства, несмотря на их локализацию в косметически значимой зоне и в ущерб соображениям медицинской косметики.