

сплантатов.

Цель исследования. Определение наиболее эффективных методов кожной пластики при лечении больных злокачественными новообразованиями кожи краниофациальной зоны.

Материал и методы. Основным направлением исследования явилось использование несвободных лоскутов на питающей ножке и аутодермотрансплантатов. За период с 1998 по 2005 г. было прооперировано 875 больных, из них 513 мужчин, 362 женщины. По гистотипу опухоли кожи распределились следующим образом: базально-клеточный рак – 503, плоскоклеточный рак – 325, меланома – 47. Локализация новообразований: височная область – 82, лоб – 65, наружный нос – 173, губы – 135, скуловая область – 64, веки – 45, угол глаза – 92, ушная раковина – 61, носогубные складки – 56, подбородок – 33.

При локализации образований в области губ использовали кожно-жировые носогубные лоскуты с одной или двух сторон, при поражении кожи носа применяли кожно-жировые и кожно-мышечные транспозиционные носогубные и надбровные лоскуты. При обширных поражениях кожи и хрящевого отдела носа использовали кожно-мышечный трехлепестковый лоскут из лобной области с формированием крыльев носа и замещением слизистой преддверия (“индийская пластика”). В отсроченном порядке формировали спинку носа, используя аутоотрансплантат из реберного хряща. При поражении кожи и хряща ушной раковины дефект восстанавливали кожно-жировыми перемещенными лоскутами из предушной и позадиушной областей. Лоскуты, васкуляризированные поверхностными сосудами, обладают высокой жизнеспособностью и надежностью, идентичны по цвету и текстуре реципиентной области. При локали-

зации новообразований на коже нижнего века и внутреннего угла глаза использовали скользящие лоскуты на жировой питающей ножке, чем добивались уменьшения степени натяжения, а следовательно, профилактики эктропиона нижнего века. При расположении опухолей на коже скуловой и щечной областей производили иссечение образований с наложением кругового блока, что позволило уменьшить диаметр кольцевидного послеоперационного рубца в среднем в 2,7 раза. Послеоперационные дефекты височной зоны и лба восстанавливали свободными аутодермальными лоскутами из гипогастральной области, в отдельных случаях в комбинации с круговым блоком. В случаях, когда удаляемый препарат включал участок кости свода черепа, дефект закрывали перемещенным кожно-подкожно-апоневротическим лоскутом волосистой части, а донорскую зону – аутодермотрансплантатом.

Осложнения в виде частичного или тотального некроза лоскутов отмечены у 27 больных, что составило 3%. Основными причинами, вызывающими некроз транспозиционного лоскута, были: чрезмерное натяжение питающей ножки лоскута или неадекватная ее толщина, формирование гематомы со сдавлением сосудов, а также длительный стаж курильщика. Некрозы аутодермальных лоскутов были инициированы неплотным прилеганием к ложу, гематомой и(или) инфицированием. Немаловажную роль играла ткань воспринимающего ложа – кость, лишенная надкостницы, и сухожилия являются плохими реципиентами.

Таким образом, многообразие размеров, формы и локализации злокачественных новообразований кожи челюстно-лицевой зоны требуют от хирурга знания и владения разнообразными методиками пластического закрытия раны. Только индивидуальный и взвешенный подход к предоперационному планированию вмешательства позволяет сочетать радикальность опера-

ции с получением хороших функционально-эстетических результатов, а также минимизировать число послеоперационных осложнений.

РАЗРАБОТКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЫБОРУ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

И.Н. Пустынский, В.Л. Любаев, С.И. Ткачев, А.И. Пачес, Т.Д. Таболинская,
С.Б. Алиева, А.С. Ягубов, Г.А. Бажутова,
С.Н. Сланина

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, клиника опухолей
головы и шеи, г. Москва

Проблема повышения эффективности, улучшения эстетических и отдаленных результатов лечения местно-распространенного рака кожи головы и шеи яв-

ляется актуальной. Одним из путей ее решения является разработка дифференцированного подхода к лечению данных форм новообразований в зависимости от индивидуальных клинико-морфологических свойств опухоли, ее распространенности и локализации.

Материал и методы. Проведено лечение 367 больных с местно-распространенными формами рака кожи головы и шеи (T_2 – T_4 и распространенные рецидивы после различных видов лечения). Базально-клеточный рак диагностирован у 225 больных, плоско-клеточный рак – у 107, метастатический рак – у 27, рак из клеток Меркеля – у 8 пациентов. Лечение осуществлялось различными способами в зависимости от клинико-морфологических характеристик опухоли: хирургическим (195), криогенным (74), криолучевым (67), лучевым (7) и у 5 больных проводилось ком-

плексное лечение. Лучевое и комплексное лечение применялось при раке кожи из клеток Меркеля, метастатическом раке, а также при крайне распространенных и метастазирующих формах новообразований.

Результаты. Рецидивы рака кожи при сроках наблюдения за больными от года до 10 лет возникли у 12,5 % больных, в том числе после хирургического удаления – у 18 % больных, после криодеструкции – у 15 % и после криолучевого лечения – у 7 % больных. Применение криолучевого способа лечения позволило достигать полной регрессии даже при крайне распространенных формах опухолей с сохранением местных тканей и анатомического рельефа лица.

Выводы. Внедрение в клиническую практику криогенного и криолучевого методов лечения создает новые возможности в лечении рака кожи. Применение индивидуального планирования лечебной тактики при местно-распространенном раке кожи головы и шеи в зависимости от локализации, распространенности, клини-

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕЖИМОВ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

И.Б. Пыжова, Л.И. Мусабаева

*Областной онкологический диспансер, г. Томск
НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск*

ческой и морфологической формы опухоли позволило повысить эффективность лечения, что выразилось в снижении частоты рецидивов заболевания, улучшении косметических и функциональных результатов лечения.

Цель исследования. Определить оптимальный вариант химиолучевой терапии у больных местно-распространенным раком органов полости рта и ротоглотки.

Материал и методы. Сформировано 3 группы больных из 115 пациентов. Группа I (39 больных) – последовательное химиолучевое лечение: первый этап – 2 курса химиотерапии по программе: цисплатин 100 мг/м² в 1-й день, 5-фторурацил 1000 мг/м² в сутки с 1-го по 5-й день в виде непрерывной 120-часовой инфузии, метотрексат 7 мг/м² с 1-го по 5-й день лечения внутривенно, болюс, с последующей ДГТ в

режиме классического фракционирования, СОД 60 Гр. Группа II (31 больной) – одновременная химиолучевая терапия: цисплатин 30 мг/м² 1 раз в неделю до суммарной дозы 200–300 мг на фоне традиционной ДГТ, СОД 60 Гр. Группа III (45 пациентов) – ДГТ в режиме классического фракционирования, СОД 60 Гр.

Результаты. Общий эффект последовательного химиолучевого лечения составил 76,9 %, эффект одновременного химиолучевого лечения – 67,7 %, различия с результатами лечения пациентов II группы статистически недостоверны. Эффективность ДГТ составила 42,2 %. Частота и тяжесть осложнений при последовательном химиолучевом лечении превосходили этот показатель в группе одновременного химиолучевого лечения и самостоятельной ДГТ. Общая двухлетняя выживаемость в I группе составила – 45,5 %, во II группе – 42,6 % против 25,9 % в III группе.

Выводы. Одновременное химиолучевое лече-