

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 двубрюшной мышце 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 двубрюшной мышце 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, жизнеспособность

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 двубрюшной мышце, 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

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 T₃ – 38,7 % и T₄ – 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 твердого неба, 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 аутоканей 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.