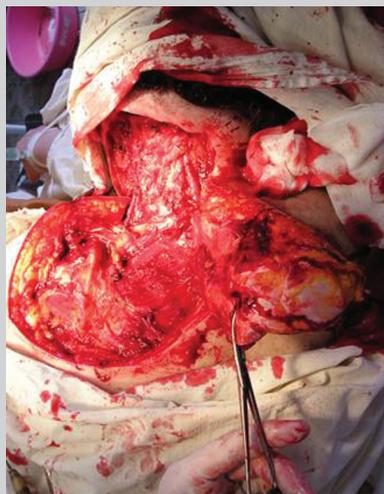


РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ



В.С. Процык, О.В. Кравец,
А.М. Трембач, Е.В. Коробко,
О.А. Мосин, Р.Е. Чичула

Адрес:
Коробко Евгений Владимирович
Тел.: 0 (44) 257-76-40
E-mail: dr_korobko@ukr.net



Ключевые слова: злокачественные опухоли головы и шеи, реконструктивно-пластические операции.

Основная цель данного исследования — изучение эффективности применения различных васкуляризированных комплексов тканей при устранении дефектов лица, шеи, полости рта и ротоглотки после комбинированно-расширенных хирургических вмешательств у 202 больных местно-распространенными злокачественными опухолями головы и шеи. В качестве пластического материала применяли различные кожно-мышечные лоскуты, комплексы тканей на сосудистой ножке, свободную микрохирургическую трансплантацию тканей. Адаптация к результатам реконструктивно-восстановительных операций отмечена у 86,4% больных с хорошими косметическими и функциональными результатами.

ВВЕДЕНИЕ

Злокачественные опухоли головы и шеи в структуре онкологической заболеваемости составляют около 15–20% [1, 2]. У 60–70% больных диагностируют распространенные III–IV стадии заболевания [2, 3].

Основные методы лечения больных местно-распространенным раком головы и шеи — комбинированный и комплексный, которые включают разные комбинации лучевой терапии, химиотерапии и хирургического вмешательства [4–6].

Сложность лечения больных с местно-распространенными опухолями головы и шеи заключается в том, что проведение расширено-комбинированных операций очень часто приводит к образованию больших сложных дефектов, функциональным и эстетическим нарушениям. Поэтому во многих случаях местно-распространенные как первичные, так и рецидивные и/или регионарные метастатические опухоли определяют как неоперабельные вследствие распространенности, сложности или невозможности закрытия послеоперационных дефектов с помощью местных тканей. Это вынуждает хирурга к поиску максимального восстановления анатомических и функциональных нарушений, которые могут возникнуть вследствие радикального хирургического вмешательства [7].

Характер и качество восстановительных операций после удаления злокачественных опухолей определяется многими показателями: размерами и конфигурацией дефектов, дозой ранее проведенного облучения и временем после его окончания,

локализацией дефектов, полом, возрастом, соматическим статусом больного, а также выбором пластического материала. Широкий ассортимент пластического материала позволяет выбрать оптимальный вариант реконструкции резецированных тканей в зависимости от локализации дефекта, а также топографо-анатомической и функциональной значимости восстанавливаемого органа. Для восстановления дефектов ткани в области головы и шеи наиболее широко применяют местные лоскуты на питающей ножке, которые формируются из прилежащих к послеоперационному дефекту тканей [8].

Сложные задачи возникают при закрытии дефектов больших размеров у больных, ранее получавших лучевую терапию в радикальных дозах. Успешно восстановить подобные дефекты возможно с помощью кожно-мышечных лоскутов, имеющих большие питающие сосуды, которые обеспечивают жизнедеятельность тканей до возникновения сосудистой связи с ложем дефекта [9]. Для замещения дефектов головы и шеи используют кожно-мышечные лоскуты с сохранением питающей ножки и включением большой грудной мышцы, трапециевидной мышцы, грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, височной, подкожной мышцы шеи [10–12].

На протяжении последних десятилетий было создано и исследовано много различных кожно-мышечных лоскутов, большинство из которых полностью удовлетворяют все требования реконструктивных подходов: жизнеспособность, локализацию, удобство, достаточный размер и минимальное повреждение донорской зоны.

