

**ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ***Л.И. Волошина, О.В. Рыбалов*

**Резюме.** В обзорной статье рассмотрены вопросы особенностей дифференциальной диагностики сосудистых образований челюстно-лицевой локализации. Авторы акцентируют внимание на качестве диагностики данной патологии, потому что большое количество образований часто объединяют под названием «гемангиома».

**Ключевые слова:** сосудистые образования челюстно-лицевой локализации, дифференциальная диагностика.

**FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF TUMOURS OF THE BLOOD VESSELS OF MAXILLOFACIAL LOCALIZATION***L.I. Voloshyna, O.V. Rybalov*

**Abstract.** The review article deals with a question of as to the specific characteristics of differential diagnostics of vascular formations of the maxillofacial localization. The authors accentuated their attention on the quality of diagnostics of this pathology, because a great number of tumor masses are often united under the name of «hemangioma».

**Key words:** vascular masses of maxillofacial localization, differential diagnostics.

Ukrainian Medical Stomatological Academy (Poltava, Ukraine)

Рецензент – доц. В.П. Унгурян

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 187-190

Надійшла до редакції 06.06.2012 року

© Л.И. Волошина, О.В. Рыбалов, 2012

УДК 617.51+617.53)-006.6-06:616-005.1-02-037-08

*О.О. Галай, С.Г. Бондаренко, О.В. Друзюк, О.Р. Дуда, В.Ю. Лудчак,  
І.М. Сендега, Р.Р. Сліпецький, Т.Р. Цьолко, М.Р. Шмідт***АРОЗІЙНІ КРОВОТЕЧІ В ОСІБ ІЗ ПУХЛИНАМИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ – ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА**

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр, Україна

**Резюме.** Проаналізовано 49 випадків арозійних кровотеч в осіб із пухлинами голови та шиї. У 20 з 23 пацієнтів, в яких діагностовано кровотечу з пухлини, її вдалося зупинити за рахунок перев'язки зовнішньої сонної артерії. У трьох випадках проведено перев'язку язикової артерії з обох боків. В 11 з 12 пацієнтів, у яких виникла кровотеча внаслідок місцевого прогресування

процесу після комбінованого лікування, її вдалося зупинити консервативним шляхом, а один пацієнт помер. Семеро з 14 осіб померло внаслідок арозійної кровотечі з магістральних судин шиї в ранньому післяопераційному періоді.

**Ключові слова:** пухлини голови та шиї, кровотечі, лікування.

**Вступ.** Результати лікування осіб із пухлинами голови та шиї загалом визнаються незадовільними і потребують подальших пошуків і удосконалення [2, 3, 9]. За цієї патології частіше, ніж при інших злоякісних процесах домінують неспецифічні ускладнення, які суттєво ускладнюють проведення запланованого лікування, і часто стають причиною фатального кінця [6, 7, 8]. Профілактика та лікування кровотеч у пацієнтів із вказаною патологією залишається надзвичайно важливою проблемою сьогодення, оскільки смертність від даного ускладнення становить від 15 до 27 %. Причиною кровотеч найчастіше є первинні пухлини з розпадом через несвоєчасне звернення хворих по допомогу [10]. Променева терапія лікування, з якого часто розпочинається лікування

таких пацієнтів, також може сприяти кровотечі з пухлини, особливо якщо вона має екзофітно-виразковий характер росту. Найнебезпечнішими є арозійні кровотечі, що виникають у разі пошкодження магістральних судин шиї [1, 4]. Кровотеча із зовнішньої сонної артерії може бути зупинена шляхом її перев'язки без особливих наслідків для здоров'я хворого і його загального стану. Арозійні кровотечі із загальної та внутрішньої сонних артерій - одне з найважчих ускладнень і одна з можливих причин смерті в післяопераційному періоді в осіб із пухлинами голови та шиї. Кровотеча буває настільки масивною, що хворі помирають скоріше, ніж їм вдається надати допомогу. Навіть якщо кровотечу вдається зупинити за рахунок перев'язки загальної сонної артерії, до

70 % пацієнтів вмирає від ішемічного інсульту, а у 20-30 % осіб, які залишаються живими, розвиваються стійкі паралічі і парези кінцівок [5, 8].

**Мета дослідження.** Розглянути причини виникнення та результати лікування кровотеч у осіб із пухлинами голови та шиї.

**Матеріал і методи.** З 2003 по 2011 роки у Львівському онкоцентрі на лікуванні перебувало 49 пацієнтів із пухлинами голови і шиї, в яких виникли загрозові для життя арозійні кровотечі. Вік пацієнтів коливався від 34 до 84 років, серед них 45 чоловіків і 4 жінки. Найчастіше траплялися кровотечі при пухлинах гортані і язика (24,5 %) (табл. 1).

У шести осіб кровотечі виникали при II стадії раку, у 17 осіб – з III стадією процесу, а у 22 випадках – при IV стадії захворювання (табл. 2).

В усіх випадках у пацієнтів не було віддалених метастазів (M0)

У 23 випадках пацієнти отримали консервативне лікування, у 21 – комбіноване, у 5 випадках – проведено лише хірургічне лікування (табл. 3).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Кровотечі з первинних злоякісних пухлин внаслідок розпаду спостерігали у 23 осіб (табл.4). У 20 з 23 пацієнтів, в яких діагностовано кровотечу з пухлини, її вдалося зупинити за рахунок перев'язки зовнішньої сонної артерії. У трьох випадках проведено перев'язку язикової артерії з обох боків.

У двох пацієнтів виникла повторна кровотеча із зовнішньої сонної артерії з місця накладання лігатури, що потребувало повторної її перев'язки.

У 12 пацієнтів кровотеча виникла внаслідок місцевого прогресування процесу після комбінованого лікування. Один пацієнт помер у зв'язку з профузною кровотечею із загальної сонної артерії. В 11 випадках кровотечу вдалося зупинити консервативним шляхом. Четверо з них померли протягом 10 днів внаслідок наростання поліорганої недостатності та ракової інтоксикації.

Ще в 14 пацієнтів арозійні кровотечі виникли в ранньому післяопераційному періоді після проведення комбінованих розширених операцій у зв'язку з місцево-розповсюдженим процесом. У семи осіб встановлено кровотечу із загальної сонної артерії, у чотирьох – з внутрішньої, у двох пацієнтів – з зовнішньої сонної артерії, а в одному випадку – з внутрішньої яремної вени.

У двох випадках пацієнтам не встигли надати медичної допомоги і вони померли протягом 5 хв після виникнення профузної кровотечі з внутрішньої сонної артерії та внутрішньої яремної вени відповідно. У чотирьох пацієнтів, яким проведена перев'язка загальної сонної артерії, і в одного з перев'язкою внутрішньої сонної артерії наступило гостре порушення мозкового кровообігу з повним геміпарезом, і вони померли незважаючи на проведену інтенсивну терапію. Четверо осіб залишилися живими після перев'язки загальної сонної артерії без будь-яких проявів неврологічної симптоматики. Причому необхідно

зауважити, що у двох випадках, коли проводилася перев'язка загальної сонної артерії, кровотеча виникла з арозійної ділянки на зовнішній гілці артерії, але через те, що остання знаходилася близько до біфуркації, лігатуру довелося накласти нижче. Ще в трьох випадках кровотечу вдалося зупинити за рахунок прошивання загальної (n=1) і внутрішньої сонної артерії (n=2).

В одного пацієнта ми неодноразово спостерігали кровотечі із сонних артерій, що вимагало проведення повторних хірургічних втручань.

*Клінічний приклад:*

*Хв. Г.В.П., 1953 р.н., перебував на лікуванні у відділенні пухлин голови та шиї Львівського онкоцентру з 06.07.06 до 29.09.06 рр. (історія хвороби № 4174).*

*Діагноз:* Рак ротоглотки рТ3рN1M0 ст.III.

*Метастази в лімфатичні вузли шиї справа.*

*Лікування:* з 12.12.05 до 03.03.06 рр. Отримав курс променевої терапії в сумарній вогнищевій дозі 66 Грей з регресією до 70%.

*Операція:* 21.07.06р.: резекція глотки і кореня язика справа, операція Крайля справа.

*Гістологічний висновок:* № 28371 від 27.07.06 р.: плоскоклітинний нероговіючий рак середнього ступеня зрілості з метастазами у два лімфатичні вузли.

Післяопераційний період ускладнився розходженням і нагноєнням післяопераційної рани.

05.08.06 р., на 15-й день після операції, виникла арозійна кровотеча з правої загальної сонної артерії – арозія зашита.

18.08.06 р. – повторне ушивання арозії сонної артерії з причини відновлення кровотечі в тому ж місці.

24.08.06 р. – перев'язка загальної сонної артерії у зв'язку з гострою профузною кровотечею.

26.08.06 р. – перев'язка внутрішньої сонної артерії з причини арозійної ретроградної кровотечі з правої внутрішньої сонної артерії.

03.09.07 р. виписаний у задовільному стані з невеликою оростою до 1,5 см у діаметрі.

Контрольний огляд через два роки – загальний стан задовільний без ознак прогресування захворювання.

Даний приклад демонструє складність і неординарність перебігу такого серйозного післяопераційного ускладнення, як арозійна кровотеча з магістральних судин шиї. Надзвичайно важливим у таких випадках є практична боротьба "до останнього", оскільки навіть неодноразові кровотечі, які в кінцевому результаті призвели до перев'язки загальної сонної артерії, не тільки врятували, але навіть і не погіршили якості життя хворого.

Вторинні кровотечі із сонних артерій виникали в результаті розриву некротизованої ділянки стінки артерії або руйнування її пухлиною. У більшості осіб перфорація настала в місці біфуркації загальної сонної артерії або із зовнішньої поверхні стовбура загальної сонної артерії. Кровотеча, як правило, виникала на 2-4-й тиждень після хірургічного втручання, але доцільно також

Таблиця 1

## Розподіл пацієнтів з пухлинами голови і шиї за нозологічними формами

Нозологічна форма	Кількість пацієнтів	
	абс.	(%)
Рак мигдалика	4	8,1
Рак язика	12	24,5
Рак слизової порожнини рота	9	18,4
Рак ротоглотки	7	14,3
Рак гортаноглотки	3	6,1
Рак гортані	12	24,5
Рак верхньої щелепи	2	4,1
Всього	49	100

Таблиця 2

## Локалізація і поширеність процесу згідно з класифікацією TNM

Локалізація	Стадія процесу								
	T2			T3			T4		
	N0	N1	N2	N0	N1	N2	N0	N1	N2
Рак мигдалика	-	-	-	1	1	1	-	1	-
Рак язика	1	-	-	-	4	4	1	2	-
Рак слизової порожнини рота	1	-	1	-	4	-	1	2	-
Рак ротоглотки	-	1	-	-	3	1	-	2	-
Рак гортаноглотки	-	-	-	-	1	-	1	-	1
Рак гортані	3	-	-	1	2	1	1	1	3
Рак верхньої щелепи	1	-	-	-	-	-	-	1	-
Всього	6	1	1	2	15	7	4	9	4

Таблиця 3

## Розподіл пацієнтів відповідно до методу лікування

Метод лікування	Кількість пацієнтів	
	абс.	%
Променева терапія	18	36,7
Хіміопромєнев терапія	5	10,2
Неоад'ювантне опромінєння+операція	13	26,5
Неоад'ювантна хіміопромєнева терапія+операція	3	6,2
Хірургічний + ад'ювантне опромінєння	5	10,2
Хірургічний	5	10,2
Всього	49	100

враховувати, що вона може виникнути і на 4-5-у добу, коли перфорація настає в зоні некрозу травмованої під час операції судини. Розриву артерії в усіх випадках передє оголення її стінки. Тому, усі чинники, які перешкоджають загоєнню рани

первинним натягом, сприяють розвитку вторинної кровотечі.

Великий вплив на патогенез розриву артеріальної стінки мали місцеві чинники. До них відносяться зміни тканин, які виникають після проме-

Таблиця 4

## Частота виникнення кровотеч залежно від причини

Причина кровотечі	Кількість пацієнтів	
	абс.	(%)
Розпад первинної пухлини	23	46,9
Місцеве прогресування процесу	12	24,5
Арозія судини:		
загальної сонної артерії	7	14,3
внутрішньої сонної артерії	4	8,2
зовнішньої сонної артерії	2	4,1
внутрішньої яремної вени	1	2,0
Всього	49	100

невої терапії, інфікування, порушення кровопостачання стінки сонної артерії. Ступінь і прояв променевих пошкоджень тканин залежав від дози і ритму опромінення, а також і часу, який минув після його закінчення.

Регенеративна здатність тканин, які увійшли в зону опромінення, знижується. Внаслідок цього після доопераційної променевої терапії частіше спостерігалися некрози шкірних клаптів, розходження країв рани і оголення сонних судин, а також утворювалися нориці, які не загоювалися протягом тривалого часу. У такої групи пацієнтів різко зростає ризик виникнення вторинної кровотечі із сонних судин.

Велике значення у виникненні некрозу і розриві сонної артерії відіграє ранева інфекція. Діабет, авітаміноз, виснаження організму, літній вік, хронічні захворювання можна віднести до загальних чинників, на тлі яких частіше розвиваються вторинні кровотечі.

Профілактику кровотеч належить проводити на всіх етапах хірургічного і комбінованого лікування хворих. Найважливіші заходи для запобігання оголенню і розриву сонних артерій повинні бути проведені під час хірургічного втручання. Ризик арозійної кровотечі найвищий після комбінованих і розширених операцій, коли проводиться одномоментне видалення первинної пухлини разом із лімфодисекцією. При плануванні операції у таких осіб необхідно вибрати адекватний розріз шкіри і передбачити додаткове прикриття сонних артерій. Окрім цього, розріз повинен як можна на меншому протязі знаходитися в проекції магістральних судин шії, – тоді, при розходженні країв рани в післяопераційному періоді, сонні артерії не будуть оголені. З цією метою застосовують м'язи, фасції, розщеплений шкірний клапот. Найпростішим є прикриття артерій м'язовими клаптями на судинній ніжці. Добре кровопостачання м'яза забезпечує не тільки надійне прикриття артерії від впливу інфекції у випадку розходження країв рани, але є і додатковим джерелом кровопостачання артеріальної стінки. На нашу думку, найбільш надійним для прикриття сонних артерій є застосування превертебральної фасції. Широке сепарування останньої

дозволяє прикрити магістральні судини шляхом їх огортання на значному протязі.

Обережне відношення до тканин у процесі операції, детальний гемостаз, відсутність будь-якого натягу слизової і шкіри при закритті рани є необхідними заходами профілактики арозійних кровотеч із сонних артерій.

У післяопераційному періоді основна увага повинна бути скерована на профілактику інфекційних ускладнень, своєчасне розпізнавання розходження швів на слизовій і розведення країв рани для адекватного відтоку слини. Після операції Крайля необхідно забезпечити щільне прилягання відсепарованих тканин до ранової поверхні. Цьому сприяє використання аспіраційного активного дренажу, що запобігає необхідності накладання великих компресійних пов'язок, які викликають порушення кровообігу та мацерацію шкіри.

З метою профілактики виникнення арозійних кровотеч у ранньому післяопераційному періоді ми пропонуємо проведення наступних заходів:

- розріз шкіри на шії повинен лише один раз проходити над місцем проекції сонних артерій;
- при виборі типу лімфодисекції, найоптимальнішою є радикальна модифікована лімфаденектомія зі збереженням груднино-ключично-соскоподібного м'яза, який забезпечує прикриття магістральних судин шії;
- при проведенні операції Крайля, коли сонні артерії повністю оголюються, обов'язково проводити їх закриття шляхом огортання превертебральною фасцією;
- після ушивання операційної рани необхідно встановлювати активний аспіраційний дренаж, з метою швидшої адгезії шкірних клаптів.

Після застосування такого комплексного підходу, ми не мали жодної арозійної кровотечі з магістральних судин шії протягом останніх двох років.

Вибір тактики лікування хворого з оголеною сонною артерією в післяопераційному періоді повинен вирішуватися індивідуально з урахуванням рівня і величини неприкритої ділянки артерії, вираженості некрозу і запальних змін прилегла

лих тканин, загального стану пацієнта. Як правило, при оголенні артерії довжиною до 3 см, консервативні заходи є ефективними і рана загоюється самостійно.

При проведенні консервативної терапії необхідно бути готовим до зупинки профузної кровотечі в будь-який момент. Доцільно накласти провізорні лігатури на дистальну і проксимальну частини артерії.

При профузній кровотечі її зупинку необхідно проводити негайно (у палаті, коридорі, перев'язочній, тобто там, де виник розрив судини). Єдиним методом негайної допомоги є пальцеве притиснення розірваної судини. При виникненні арозійної кровотечі і неможливості її зупинити консервативними методами або ушиванням дефекту, показана перев'язка сонної артерії в ургентному порядку. Якщо технічно є можливим, проводиться резекція ушкодженого сегмента загальної або внутрішньої сонної артерії з подальшим її протезуванням.

Заслугує на увагу і наступна методика перев'язки сонних артерій [5]. Після зупинки кровотечі шляхом пальцевого притискання судини проводиться два розрізи вздовж кивального м'яза: по передньому і задньому його краях. М'яз у своєму фасціальному футлярі разом з шкірною смужкою відділяється від прилеглих тканин. Увесь судинно-нервовий пучок шії разом з його фасціальним ложем охоплюється двома лігатурами, які виводяться на шкіру і зав'язуються. Особливо така методика доцільна при виникненні повторної кровотечі з місця перев'язки сонної артерії, яку ми спостерігали у двох випадках. Окрім того, при такому способі перев'язки не порушується харчування самої судинної стінки, оскільки судини, які її харчують (*vasa vasorum*), не відшаровуються, як це відбувається при традиційному методі.

У трьох випадках кровотеча із сонних артерій була зупинена шляхом ушивання її стінки, але це вдається не більше як у 7-10 % випадків. Як правило, терміновість виконання операції, інфікування рани і стінки судини, не дозволяють надійно ушити дефект артерії або здійснити реконструктивну операцію.

Водночас проводяться усі необхідні реанімаційні заходи, спрямовані на боротьбу з крововтратою і підтримкою серцево-дихальної діяльності.

#### Висновок

На всіх етапах лікування осіб із пухлинами голови та шії необхідно приділяти особливу увагу профілактиці виникнення арозійних кровотеч,

що сприятиме зменшенню кількості цих ускладнень, а відповідно і летальності.

**Перспективи подальших досліджень.** Оцінити ефективність профілактичної перев'язки сонних артерій у осіб із місцево-розповсюдженими пухлинами голови та шії.

#### Література

1. Абизов Р.А. Онкоотоларингологія / Р.А. Абизов. – К.: Книга плюс, 2001. – 272 с.
2. Кропотов М.А. Общие принципы лечения больных первичным раком шеи / М.А. Кропотов // *Практ. онкол.* – 2003. – Т. 4, № 1. – С. 1-8.
3. Решетов И.В. Реконструктивная и пластическая хирургия опухолей головы и шеи / И.В. Решетов // *Практ. онкол.* – 2003. – Т. 4, № 1. – С. 9-14.
4. Центило В.Г. Роль перевязки наружной сонной артерии в лечении неоперабельных злокачественных опухолей челюстно-лицевой области / В.Г. Центило, Ю.М. Павленко, Э.В. Крайникова // *Вісн. стоматол.* – 2008. – № 2. – С. 164-165.
5. Центило В.Г. Угрожающие жизни кровотечения у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области: причины, техника лигирования сонных артерий / В.Г. Центило // *Вопр. онкол.* – 2004. – Т. 50, № 1. – С. 95-98.
6. Competing causes of death and second primary tumors in patients with locoregional advanced head and neck cancer treated with chemoradiotherapy / A. Athanassions, E. Bruce, J. Daniel [et al.] // *Clinical Cancer Research.* – 2004. – Vol. 10. – P. 1956-1962.
7. Carvalho A.L. Sites of recurrence in oral and oropharyngeal cancers according to the treatment approach / A.L. Carvalho, J. Magrin, L.P. Kowalski // *Oral Dis.* – 2003. – Vol. 9, № 3. – P. 109-111.
8. Coatesworth P. The cause of death in patients with head and neck squamous cell carcinoma / P. Coatesworth, A. Tsikoudas, K. Maclenan // *J. Laryngology & Otology.* – 2002. – Vol. 116. – P. 269-271.
9. Analysis of treatment of oral tongue cancer / D.G. Sessions, G.J. Spector, J. Lenox [et al.] // *J. Laryngoscope.* – 2002. – Vol. 112. – P. 616-625.
10. Resection and replacement of the carotid artery in metastatic head and neck cancer: literature review and case report / Z. Németha, G. Dömötörb, M. Tálósa [et al.] // *International J. of Oral and Maxillofacial Surgery.* – 2003. – Vol. 32. – P. 645-650.

### АРРОЗИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ – ПРИЧИНЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

*О.О. Галай, С.Г. Бондаренко, О.В. Дружок, О.Р. Дуда, В.Ю. Лудчак, И.М. Сендега, Р.Р. Слипецкий, Т.Р. Целко, М.Р. Шмидт*

**Резюме.** Проанализировано 49 случаев аррозивных кровотечений у больных с опухолями головы и шеи. У 20 из 23 больных, у которых диагностировано кровотечение из первичной опухоли, её удалось остановить за счёт

перевязки наружної сонної артерії. В трьох случаях проведено перевязку язичної артерії с обох сторін. В 11 из 12 пациентов, у которых кровотечение возникло вследствие местного прогрессирования заболевания, после комбинированного лечения её удалось остановить консервативными мероприятиями, один больной умер. Семеро из 14 больных умерло вследствие кровотечения из магистральных сосудов шеи в раннем послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** опухоли головы и шеи, кровотечение, лечение.

## ARROSIVE HEMORRHAGES IN PATIENTS WITH HEAD AND NECK TUMORS – CAUSES, CONSEQUENCES AND PREVENTION

*O.O. Halai, S.H. Bondarenko, O.V. Druziuk, O.R. Duda, V.Y. Ludchak, I.M. Sendeha, R.R. Slipets'kyi, T.R. Tsiolko, M.R. Schmidt*

**Abstract.** 49 cases of arrosive hemorrhages in patients with head and neck tumors have been analyzed. We managed to arrest it by legating the external carotid artery in 20 out of 23 patients in whom bleeding was diagnosed from the tumor. A ligation of the lingual artery from on both sides was performed in three cases. It was possible to arrest the bleeding by means of a conservative method in 11 out of 12 patients in whom hemorrhage arose due to a local progression process after a combined treatment, one patient died.

**Key words:** head and neck tumors, hemorrhage, treatment.

State Oncologic Regional Medicodiagnostic Center (Lviv, Ukraine)

Рецензент – доц. Б.І. Шумко

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 190-195

Надійшла до редакції 11.06.2012 року

---

© О.О. Галай, С.Г. Бондаренко, О.В. Друзюк, О.Р. Дуда, В.Ю. Лудчак, І.М. Сендега, Р.Р. Сліпещький, Т.Р. Цюлко, М.Р. Шмідт, 2012

УДК 617.51:616.5-006.6-089.844

*І.Й. Галайчук, І.С. Данилків, М.І. Домбрович*

## ОНКОПЛАСТИЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ШКІРИ ГОЛОВИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Україна

**Резюме.** Проаналізовано результати онкопластичних операцій у 62 хворих на злоякісні пухлини шкіри голови (54 – рак шкіри на стадії T2-4; 8 – меланома шкіри T4N0-2M0). Первинну пластику операційної рани виконано в 47 пацієнтів (76,0 %), відстрочену – у 15 осіб (24,0 %). Клінічно оцінено способи онкопластичних операцій і визначено оптимальні методи пластики. Місцеві ускладнення спостерігали у 21,9 % осіб, в яких післяопераційні рани велися традиційним способом, і в 10,0 % пацієнтів, у котрих застосовували ТІМЕ-концепт лікування ран. Бактеріальні дослідження з виразкової поверхні злоякісних пухлин показали нетипову для шкіри голови колонізацію мікроорганізмів кишкової та синьо-гнійної паличок.

Дійшли висновку, що вибір методу пластики після радикальних онкологічних операцій залежать від локалізації, величини і глибини післяопераційного дефекту. Застосуванням способів транспозиційної пластики, ротаційної і мостоподібної пластик, автодермопластики досягають оптимальних умов повноцінного закриття операційної рани із задовільними функціональними і косметичними наслідками. Визначення мікробного спектра на виразковій поверхні злоякісної пухлини напередодні хірургічного втручання є необхідним дослідженням для ціленаправленого вибору антибактеріальної терапії під час онкопластичних операцій.

**Ключові слова:** рак шкіри голови, меланома, онкопластична хірургія.

**Вступ.** Для злоякісних пухлини шкіри голови характерно висока агресивність, швидкий та інвазивний ріст, деструкція хрящів і кісток черепа (базальноклітинний рак), метастатичне ураження головного мозку (меланома) тощо. Основними методами лікування таких хворих є хірургічне видалення пухлини, променева і цитостатична терапія. Комбіноване застосування хіміопроменевої терапії в неоад'ювантному режимі підвищує абластичність операції, однак впливає на загоєння операційних ран, збільшуючи ризик виникнення місцевих ранових ускладнень. Після

хірургічного видалення раку шкіри на стадії T2, T3 і T4 утворюються операційні рани значних розмірів [10, 15, 17, 18]. Радикальне видалення меланоми шкіри необхідно здійснювати в межах двох сантиметрів нормальних тканин. В усіх цих випадках операційні дефекти потребують пластичного закриття з дотриманням правил онкопластичної хірургії. Онкопластична хірургія якраз і поєднує в собі основні принципи онкохірургії і пластичної хірургії, при цьому дотримуються радикальності видалення пухлини й досягають максимально можливих естетичних результатів