

ран, образование стойких дефектов гортани и глотки (8,3 %), трахеобронхиты и пневмонии отсутствовали. Очищение гнойных ран – на $20 \pm 1,0$ сут. Микробиологические исследования на этапах комбинированного лечения показали, что ведущим этиологическим фактором гнойных осложнений является стафилококк (53 %). Основной источник инфицирования – микрофлора глотки (66,6 %). Иммунологический контроль

показал, что уровень стафилококкового анти- α -токсина от 8,0 АЕ/мл предохраняет больных от послеоперационной стафилококковой инфекции.

Выводы. Данные наблюдения указывают на малую эффективность послеоперационной антибактериальной терапии без иммунизации. Комбинация ее с интратонзиллярной иммуностимуляцией в 2,5 раза снижает частоту нагноения послеоперационных ран, улучшая реабилитацию пациентов.

СОЧЕТАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПЕРВИЧНОМ ОЧАГЕ С ОПЕРАЦИЕЙ НА ЛИМФОПУТЯХ ШЕИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Е.И. Трофимов, В.В. Дармаков, Е.М. Фуки

ФГУ “НКЦ оториноларингологии” Росздрава, г. Москва

Вопрос о необходимости операции на лимфо путях шеи при выполнении экономных операций на гортани по поводу рака имеет онкологический и функциональный аспекты. Снижение функциональной эффективности связывают с возможностью повреждения подъязычного и верхнего гортанного нервов при лимфаденэктомии.

Материал и методы. 98 больных раком гортани T₃T₄N₀ были разделены на 2 группы: 1-я – с выполненной профилактической лимфодиссекцией в различные сроки после вмешательства на первичном очаге (48);

2-я – без операции на лимфо путях шеи (50).

Результаты. Трехлетняя выживаемость после функционально-щадящих операций составила в 1-й группе – 68,7 %, во 2-й – 68,4 %. Функциональный результат оценивался количеством деканюлированных больных: в 1-й группе – 73,5 %, во 2-й – 74,3 %.

Выводы. Данные наблюдения указывают на то, что функциональные результаты не изменяются при сочетании экономной операции на гортани с футлярно-фасциальной диссекцией лимфоузлов и клетчатки шеи и зависят, прежде всего, от вида и объема операции на гортани.

АВТОРСКАЯ МЕТОДИКА РАСШИРЕННОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА

Е.И. Трофимов, В.В. Дармаков, Е.М. Фуки

ФГУ “НКЦ оториноларингологии” Росздрава, г. Москва

Разработка “щадящей” модификации операции при раке слизистой переднего отдела полости рта является важной предпосылкой успешной реабилитации пациентов.

Материал и методы. При раке слизистой дна полости рта нами предложен новый способ пластического закрытия дефекта дна рта (патент РФ № 055525), обеспечивающий сохранение непрерывности нижней

челюсти и восстановление акта глотания. Для этого отделяют слизистую нижней губы с подлежащими тканями от наружной поверхности нижней челюсти. Отделяют блок тканей дна полости рта от внутренней поверхности нижней челюсти с включением в него слизистой оболочки и мышц, которые фиксируются к внутренней поверхности нижней челюсти, или проводят плоскостную резекцию внутренней поверхности нижней челюсти от 0,3 до 0,5 см. Кожно-мышечный лоскут в подбородочной области смещают квер-

ху и расслаивают поперечно, формируя в нем ложе для истонченной нижней челюсти. Такая операция выполнена у 11 больных от 44 до 67 лет с $T_3N_0M_0$ плоскоклеточного рака. До операции у 8 проводилась лучевая терапия – 45–50 Гр, у 3 – химиолучевое лечение по радикальной программе. Опухоль локализовалась в передних отделах дна полости рта или распространялась на альвеолярный отросток нижней челюсти.

Результаты. Послеоперационный период протекал благоприятно. Заживление раны у 8 первичным натяжением; у 3 – с образованием нестойких свищей.

полости рта не ухудшает онкологических результатов, но улучшает реабилитацию больных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВОЗВРАТНЫХ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ ПРИ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Е.И. Трофимов, Л.С. Князева, Е.М. Фуки

ФГУ «НКЦ оториноларингологии» Росздрава, г. Москва

Возникновение парезов и параличей гортани при операциях на щитовидной железе, как правило, связано с травмированием возвратных гортанных нервов при их выделении из сосудисто-нервного пучка и окружающих тканей. В последнее время число послеоперационных параличей гортани сократилось у тех хирургов, которые во время операции проводили микрохирургическую идентификацию возвратных нервов под контролем операционного микроскопа.

Материал и методы. Нами было проведено обследование 48 больных от 40 до 65 лет, которым была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу опухоли. Эти больные были разделены на 2 группы, в зависимости от характера выделения возвратных нервов во время операции: 1-я – с использованием операционного микроскопа (18); 2-я –

Акт глотания восстанавливался на 13–16-е сут. Носопищеводный зонд удалялся в эти же сроки. После операции не наблюдалось грубых косметических дефектов лица. В течение 3 лет прослежено 7 больных, более этого срока – 4. Трехлетняя выживаемость без рецидива и метастазов составила 63,7 %. В течение 1,5 года после операции умерло четверо больных: у 3 – рецидив первичной опухоли, у 1 – прогрессирование регионарного метастазирования.

Выводы. Использование новой модификации операции при раке передних отделов слизистой дна

без микрохирургического выделения (30).

Результаты. На 4–5-е сут после операции на щитовидной железе при ларингоскопии послеоперационные осложнения в виде одностороннего пареза гортани наблюдались у 3 (16,6 %) больных 1-й группы (все трое с экстрафасциальным прорастанием раковой опухоли). Во 2-й группе парез гортани выявлен у 14 (46,6 %) пациентов, у 6 (20 %) – односторонний, у 8 (26,6 %) – двусторонний. Четкой зависимости между типом операций и степенью повреждения (однор- или двустороннего) нами отмечено не было.

Выводы. Данные наблюдения указывают на преимущества микроскопической интраоперационной визуализации при операциях по поводу опухолей щитовидной железы, что играет важную роль в дальнейшей реабилитации больных. Поэтому предпочтительно проведение таких операций с использованием микрохирургической техники.

ВЫБОР РЕЦИПИЕНТНЫХ СОСУДОВ ПРИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНЕЙ В ОБЛАСТЬ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Е.И. Трофимов, Н.О. Миланов, Н.В. Соловьева, Д.М. Саратовцев, Д.М. Бжассо

ГУ РНЦХ РАМН, г. Москва

В отделе восстановительной микрохирургии РНЦХ РАМН оперирован 91 пациент (51 мужчина и 40 жен-

щин, возраст от 3 до 60 лет). Локализация дефектов: волосистая часть головы – 22 (24,1 %); лицо – 34 (37,4 %); шея – 35 (38,5 %). Выполнено 96 микрохи-