

лее производились пальпаторная ревизия и визуальный осмотр ткани железы и паратрахеальной зоны. При этом в большинстве случаев удавалось проследить динамику распределения красителя по паренхиме железы. Учитывая то, что его распределение по лимфатическим путям зависит от интенсивности кровотока, а с момента инъекции проходит сравнительно мало времени (в среднем около 15 мин), на данном этапе вмешательства мы изменили привычную оперативную тактику. После осмотра и определения объема операции мы производили поиск возвратного нерва с одной или с двух сторон, в зависимости от объема вмешательства. Поиск нерва осуществлялся после обнажения трахеопищеводной борозды от нависающих боковых отделов щитовидной железы. В некоторых случаях при этом перевязываются отдельные капсулярные артериолы и вены, что не ухудшает кровоснабжения железы. После обнаружения возвратного нерва он прослеживается до входа в гортань, при этом производится дополнительная мобилизация щитовидной железы. Данный этап операции занимает 15–20 мин, что достаточно для распределения лимфотропного красителя по паратрахеальным лимфатическим узлам, с учетом времени от начала операции (в среднем 30–40 мин). Далее выполняются обработка сосудистых пучков верхнего и нижнего полюсов и основной этап операции.

После удаления щитовидной железы мы выполняли ревизию паратрахеальных зон, с целью обнаружения и удаления окрашенных лимфоузлов. Полноценную оценку состояния паратрахеальных лимфоузлов зоны можно получить только после прослеживания возвратного нерва на всем его протяжении в области шеи. Только после выделения п. гессигенс можно получить доступ к клетчаточному пространству позади

и медиально от нерва. При этом становятся доступными для осмотра все группы паратрахеальных лимфоузлов. Интраоперационные клинические подозрения на наличие метастазов в паратрахеальной зоне (увеличение лимфатических узлов, определение их пальпаторной плотности) можно определенно высказать только после выполнения вышеописанной манипуляции. Описанная методика позволяет избежать неоправданного удаления парашитовидных желез, которые не попадают в объем удаляемых тканей при таком выполнении лимфодиссекции.

После обнаружения окрашенных лимфатических узлов производилось их удаление, после чего выполнялась стандартная паратрахеальная лимфодиссекция с одной или с обеих сторон, в зависимости от объема первичного опухолевого поражения. Морфологическое исследование окрашенных (сторожевых) и неокрашенных лимфатических узлов производилось раздельно. Согласно проведенным ранее исследованиям мы рекомендовали серийное морфологическое изучение сторожевых узлов.

Результаты. Поиск сторожевых узлов у больных с высокодифференцированными формами РЩЖ, без клинически определяемых метастазов в регионарные лимфатические узлы и отдаленные органы ($T_{1-4}N_0M_0$), выполнен у 93 пациентов (100 %). После сравнительного гистологического исследования удаленных лимфоузлов метастазы РЩЖ выявлены у 41 больного (44 %). У 52 больных (56 %) метастазов в удаленной паратрахеальной клетчатке не обнаружено. Среди 41 больного (100 %) метастазы только в сторожевых (окрашенных) лимфоузлах обнаружены у 34 (83 %). Метастазы в сторожевых и несторожевых лимфатических узлах выявлены у 5 пациентов (11 %). Метастазы только в неокрашенных узлах обнаружены у 2 больных (6 %) – ложноотрицательный результат.

КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

И.В. Решетов, В.И. Чиссов, А.В. Васильев, Е.В. Батухтина, О.С. Роговая

*Московский научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена
Институт биологии развития им. Н.К. Кольцова РАН, г. Москва*

Выводы. При совокупной оценке результатов исследования сторожевых и несторожевых лимфатических узлов у всех больных с РЩЖ (43 чел.) выявлено, что сторожевые лимфатические узлы в 97,7 % случа-

ев достоверно отражали состояние всех прочих лимфатических узлов региона как по факту наличия, так и отсутствия метастазов.

Проблема лечения онкологической патологии приобретает все большее медицинское и социальное значение. Несмотря на широкие возможности современной диагностики, большинство больных (60–70 %) начинают лечение на поздних стадиях заболевания, что приводит к расширению объема хирургического вмешательства. Для восстановления тонких и уникальных с точки зрения анатомии и функции структур стало необходимым создание комбинированных пластических материалов, включающих в себя элементы аутокани и ткани аллогенного происхождения. Одним из направлений нашей работы является разработка метода, позволяющего восстановить все составляющие анатомо-функциональные структуры горта-

ни, гортаноглотки. В качестве остова используют перемещенные костно-мышечные или кожно-мышечные лоскуты. Слизистую оболочку органа восстанавливают с помощью тканевого эквивалента, включающего в себя аллогенную клеточную культуру фибробластов и эпидермальных кератиноцитов, закрепленных на сетке, выполненной из биосовместимого полимерного материала. Имеется опыт лечения 32 больных по данной методике. Функциональный результат оценен у 27 пациентов. При эндоскопическом контроле на 21-е сут у 26 пациентов отмечена эпителизация и полное приживление лоскутов. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 4 больных в виде свищевых ходов гортаноглотки, купированные консервативными методами. У 1 пациента в послеоперационном периоде наблюдался краевой некроз лоскута. Нагноение донорской раны наблю-

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ ТОЛСТОКИШЕЧНО-САЛЬНИКОВЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

И.В. Решетов, В.И. Чиссов, С.А. Кравцов, М.В. Ратушный

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

Кафедра онкологии с курсом реконструктивно-пластической хирургии ИПК ФМБА, г. Москва

далось у 1 пациента.

Проведенные исследования, охватывающие изучение фундаментальных механизмов репарации тканей и практические аспекты применения тканевых клеточных трансплантатов, позволяют замещать утраченные тканевые структуры у ослабленных онкологических больных и восстанавливать функцию резецированных органов.

Цель исследования. Разработка оптимальной методики реконструкции слизистой оболочки полости рта и глотки у онкологических больных после обширных резекций органов орофарингеальной зоны.

Материал и методы. Проведено исследование 20 посмертных нефиксированных органокомплексов пищеварительного тракта человека. В результате выполнения посмертной ангиографии была изучена ангиоархитектоника поперечно-ободочной кишки и большого сальника. При этом выявлены постоянные внеорганные сосудистые коллатерали между средней ободочной артерией и желудочно-сальниковыми сосудами, расположенные топографически случайно.

Результаты исследования применены в лечении 41 больного в возрасте от 16 до 67 лет со злокачественными местно-распространенными опухолями слизистой оболочки полости рта – 18, языка – 5, ротоглотки – 3, гортаноглотки – 6, гортани – 1, верхней челюсти – 3, нижней челюсти – 2, мягких тканей лица – 2, мягких тканей шеи – 1. Всем больным выполнены расширенные резекции с удалением больших фрагментов слизистой оболочки полости рта (22 больных), ротоглотки (10 больных) и гортаноглотки (9 больных). Преобладал плоскоклеточный рак. В группе с первичными опухолями (24 больных) распространенность соответствовала индексу T_4 у 14 больных, T_3 – у 7 больных и T_2 – в 3 наблюдениях, N_1 – у 3 больных. Всем первичным больным на 1-м этапе проведена предоперационная химиолучевая терапия в дозе 45 Гр. У 17 больных были рецидивные опухоли после ранее проведенного хирургического и (или) химиолучевого лечения в дозе от 30 до 72 Гр. Во всех наблюдениях был сформирован обширный функциональный и косметический дефект верхнего отдела пищеварительного тракта, для устранения которого выполнялась