

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

аутотрансплантация толстокишечно-сальникового лоскута, сформированного из поперечно-ободочной кишки и прилежащей пряди большого сальника. Кровоснабжение кишечного трансплантата осуществлялось средней толстокишечной артерией и веной, а сальникового фрагмента – за счет коллатералей между средними ободочными сосудами и желудочно-сальниковыми сосудами. Кишечной порцией лоскута восстанавливалась слизистая оболочка дефектов, сальниковой порцией изолировали швы и магистральные сосуды шеи. Отсроченная реконструкция орофарингеальной зоны была выполнена 8 пациентам.

Результаты. Тотальный некроз лоскута отмечен у 4 больных. Высокое качество пластического материала способствовало полному самостоятельному

заживлению слюнных свищей у 6 пациентов. Осложнений со стороны брюшной полости не было. В раннем послеоперационном периоде умер 1 больной в результате аррозивного кровотечения из сосудов средостения. Кормление через рот начинали с 14-х сут. Естественное питание было восстановлено во всех наблюдениях. Все больные деканулированы в течение 3 нед после операции. В течение 5 лет живы трое больных, в течение 3 лет – восемь пациентов. От отдаленных метастазов умерло 5 больных. У 5 больных отмечен рецидив опухоли, по поводу чего проведено повторное хирургическое лечение. Остальные больные находятся под тщательным динамическим наблюдением.

Выводы. Наиболее эффективным методом спа-

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

И.В. Решетов, А.В. Пекшев, О.В. Маторин, С.А. Кравцов, А.П. Поляков

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

МГТУ им Н.Э. Баумана, г. Москва

сения жизни больных с местно-распространенными опухолями полости рта и глотки является комбинированное лечение, хирургический компонент которого заключается в широком, радикальном иссечении опухоли. Применение нового метода аутотрансплантации толстокишечно-сальникового лоскута способствует улучшению качества жизни пациентов, перенесших расширенные резекции органов социально важной и функционально значимой локализации.

Цель исследования. Уменьшение количества интра- и послеоперационной диффузной кровото- и плазмотопотери, повышение абластики, а также уменьшение воспаления, ускорение репаративных процессов в ране.

Материал и методы. Всем больным на этапе хирургического лечения проведено удаление опухоли с пластическим закрытием дефекта. Выделены две группы больных, первая – 350 пациентов, которым лечение проводилось в послеоперационном периоде. Вторая – 150 больных, которым воздействие воздушно-плазменным потоком проводили интраоперационно.

Результаты. Группа 1. У 91 (26%) больного воспа-

лительный процесс ликвидирован с полным заживлением раны и(или) закрытием свища, у 238 (68 %) больных отмечено уменьшение воспаления. В результате NO-терапии у 329 (94 %) больных отмечалось нарастание активной грануляционной ткани, у 14 (4 %) больных грануляционная ткань была представлена умеренно, и у 7 (2 %) – характер грануляционной ткани остался вялым. После проведения NO-терапии у всех больных был выражен процесс эпителизации либо в виде активизации сохранных очагов пересаженной дермы в случае ее частичного лизиса – 140 (40 %), либо в виде эпителизации, возникшей по краю раны.

Группа 2. У всех больных, которым проводили интраоперационную воздушно-плазменную обработку операционной раны в режиме коагуляции до ее закрытия пластическим материалом, было отмечено уменьшение в 2 раза по сравнению с обычным методом диффузной кровото- и плазмотопотери в раннем послеоперационном периоде. Послеоперационных осложнений у этой группы больных не наблюдалось. У всех наблюдаемых нами пациентов происходило быстрое очищение поверхности раны от фибрина,