

трахеи происходит вторичное заживление с формированием узкой трахеостомы. При этом дыхание без трахеотомической трубки становится невозможным. Наиболее часто сужение трахеостомы возникает у больных, подвергшихся лучевой терапии перед операцией. Частота стенозов трахеостомы после экстирпации гортани колеблется от 12 до 41 % (Гамбург Ю.Л., 1979; Погосов В.С., 1983).

Длительное канюленошение может вызвать осложнения. Излишние манипуляции и плохой уход за трахеотомической трубкой, неправильно подобранный ее размер, а также несоответствия изгиба, диаметра, длины приводят к раздражению слизистой оболочки трахеи. Появляются фибриновые отложения, эрозии и длительно гранулирующиеся язвы, что приводит к образованию рубцовой ткани, суживающей просвет трахеи.

В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ нами

проведено лечение 13 больным с рубцовыми стенозами трахеи: из них 11 мужчинам и 2 женщинам. Все больные перенесли операцию – экстирпацию гортани. У всех пациентов имелись рубцово-суженные трахеостомы. При эндоскопическом осмотре выявлялась рубцовая ткань в трахее на уровне дистального конца трахеотомической трубки. Дыхание во всех случаях было затруднено и соответствовало II–III степени стеноза. Протяженность стенозированного участка трахеи была от 5 до 20 мм. Лечение заключалось в электроиссечении рубцовой ткани трахеи с дилатацией ее просвета специально созданными стентами в условиях медикаментозной обработки раневой поверхности. В последующем осуществлялось пластическое расширение трахеостомы.

В результате проведенного лечения у всех больных был достигнут хороший лечебный эффект. Дыхание восстановилось. Необходимость в ношении трахеотомических трубок исчезла. Период наблюдения

ПУТИ СНИЖЕНИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯЗЫКА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА

П.В. Светицкий, Е.Ф. Исламова, Н.А. Чертова

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, г. Ростов-на-Дону

за больными составляет от 3 до 9 мес.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения рака дна полости рта и языка III–IV ст., в частности, снижение ранних местных послеоперационных осложнений.

В исследование были включены 104 больных, 30 больных прооперированы по разработанному методу. В основной группе использовался подчелюстной доступ. После удаления опухоли и регионарного лимфатического коллектора пластика оростомы проводилась местными тканями с формированием мышечного каркаса путем подшивания неподвижной части культи языка к двубрюшной мышце. Затем сшивались кожно-жировые лоскуты подчелюстной области. 74 больных прооперированы традиционными способами. При выполнении реконструктивного этапа в контрольной группе выполнялись пластики дефекта

дна полости рта с использованием донорских перемещенных кожно-жировых, кожно-мышечных лоскутов; при наличии противопоказаний к использованию первичной пластики формировалась плановая оростомы с отсроченной пластикой.

Ранние местные послеоперационные осложнения в основной группе наблюдались у 7 (23,3 %) пациентов, нагноение послеоперационной раны – у 2 (6,6 %), образование гнойных свищей – у 3 (3,3 %), некроз культи языка – у 2 (6,6 %). В контрольной группе осложнения отмечены у 42 (56,8 %) больных, из них: некроз культи языка – у 2 (2,7 %), гнойный свищ – у 4 (5,6 %), нагноение в послеоперационной ране – у 4 (5,6 %), образование оростомы – у 17 (23,3 %), кровотечение – у 152 (20,3 %).

Таким образом, предложенный хирургический способ позволил сократить уровень ранних местных послеоперационных осложнений и расширить показания к оперативным вмешательствам при раке