



3. Холматов Д. И. Методика исследования слуха в расширенном диапазоне частот: Метод. рекомендации / Д. И. Холматов. – Душанбе., 2004. – 15с.
4. Холматов Д. И. К вопросу о выявлении нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным средним отитом / Д. И. Холматов // Здравоохранение Таджикистана. – 2000 . – № 1. – С. 20–24.

УДК: 616. 22–005–089

РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ СРЕДНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

А. Л. Чистяков, А. Л. Клочихин, М. А. Клочихин

*Ярославская государственная медицинская академия
(Ректор – проф. А. В. Павлов)*

Лечение и реабилитация больных с распространенными опухолями носа, околоносовых пазух, верхней челюсти, краниофациальными опухолями, а также с распространенными опухолями кожи средней и верхней зоны лица является актуальной проблемой современной ЛОР-онкологии [1]. Радикальное удаление распространенных опухолей верхней челюсти сопряжено с формированием обширных анатомических и функциональных дефектов средней зоны лица, требующих одномоментной реконструкции. Как известно, при комбинированных резекциях верхней челюсти, особенно сочетающихся с экзентерацией орбиты, значительно теряется каркасность лица, что приводит к выраженной его деформации. Коррекция подобных деформаций путем протезирования часто оказывается недоступной для большинства пациентов вследствие высокой стоимости протеза. В связи с этим получила распространение техника отсроченного пластического объемного возмещения удаленной ткани с использованием мышечных лоскутов с осевым кровообращением на питающей ножке. При планировании операции основное внимание уделяется правильному выбору донорской зоны и расположению питающей ножки. Особенно важно при перемещении лоскута в эту зону создавать длинную и узкую мышечную ножку, не препятствующую движениям головы. Наиболее приемлемыми для пластических операций в средней и орбитальной зоне лица являются лоскуты с включением большой грудной и височной мышц. Конечный функциональный и эстетический результат после комбинированных резекций средней и верхней зоны лица во-многом определяется характером заживления послеоперационной раны [2].

Цель исследования. Повысить эффективность лечения и реабилитации пациентов, страдающих местно-распространенным раком средней и верхней зоны лица.

Задачи исследования

1. Оценить результаты реконструкции обширных дефектов средней и верхней зоны лица у онкологических больных после расширенных резекций верхней челюсти с использованием титановых конструкций, полимерных пластин «ЭСБАД» и перемещенных лоскутов с осевым кровообращением на основе а. temporalis superficialis и а. thoracoacromialis.
2. Определить особенности течения послеоперационного периода у данных пациентов в зависимости от предшествующего лучевого лечения или химиотерапии.
3. Оценить онкологические результаты лечения в зависимости от вида проведенного специального лечения.

Материалы и методы. В Ярославском онкологическом центре хирургии «Голова-шея» в период с августа 2000 года по январь 2007 года пролечено 69 пациентов, страдающих опухолями полости носа, верхней челюсти, орбиты и кожи, которым в плане комбинированного, комплексного или чисто хирургического лечения выполнено оперативное вмешательство. Из них 22 пациентам по поводу распространенного рака средней зоны лица были выполнены комбинированные электрохирургические резекции с экзентерацией орбиты или краниофациальные



резекции, в части случаев с одномоментной реконструкцией дефекта средней зоны лица титановым имплантом, полимерной пластиной «ЭСБАД» («элемент соединительный биосовместимый антимикробный для внутренних органов с диоксидом 20 %») и (или) пекторальным кожно-мышечным лоскутом с осевым кровообращением на основе *a. temporalis superficialis* или *a. thoracoacromialis*. В исследование вошли 44 мужчины, 25 женщин. Средний возраст пациентов составил 55,7 лет. В возрасте до 20 лет – 4 пациента; от 20 до 30 лет – 2 пациента; от 30 до 40 лет – 3; от 40 до 50 лет – 8; от 50 до 60 лет – 22; от 60 до 70 – 15; от 70 и старше – 15.

По данным послеоперационного морфологического исследования гистологическое строение опухолей было весьма разнообразным и представлено в 12 случаях – плоскоклеточным ороговевающим раком; в 3 случаях – плоскоклеточным умеренно-дифференцированным раком; в 3 – плоскоклеточным неороговевающим раком; в 2 – плоскоклеточным низкодифференцированным раком; в 1 – недифференцированным светлоклеточным раком носоглоточного типа; в 2 – аденокарциномой; в 5 – меланомой; в 5 – злокачественной амелобластомой; в 2 – злокачественной адамантиномой; в 1 – злокачественной шванномой; в 1 – эстеziонейробластомой; в 1 – злокачественной параганглиомой; в 1 – доброкачественной параганглиомой; в 2 – злокачественной гемангиоэндотелиомой; в 1 – низкодифференцированной ангиосаркомой; в 1 – мезенхимальной хондросаркомой; в 1 – менингеальной саркомой; в 3 – цистаденоидным раком слюнных желез; в 1 – лимфосаркомой; в 1 – злокачественной диффузной лимфомой; в 1 – метатипичным раком; в 11 – базалиомой; в 7 – переходно-клеточной папилломой; в 1 – смешанной опухоли; в 1 – менингиомой; в 5 – фибромой; в 1 – доброкачественной хондромой; в 3 – полипом.

Распределение злокачественных опухолей по системе TNM: T1N0M0 – 1 пациент; T2N0M0 – 2; T3N0M0 – 7; T3N1M0 – 2; T4N0M0 – 37 пациентов, T4N1M0 – 1; T4N2M0 – 1. В 18 случаях оперативное лечение было выполнено по поводу доброкачественных опухолей, в 51 случае – по поводу злокачественных. Десяти пациентам оперативное лечение проведено по поводу инвертированной папилломы полости носа, что было подтверждено предоперационной гистологией. Однако, в трех случаях из десяти диагноз инвертированной папилломы по результату послеоперационной гистологии не подтвердился: у 2 больных выявлен переходно-клеточный рак, у 1 больной обнаружен аденоматозный полип.

Курс предоперационного химиолучевого лечения прошли 4 пациента (для повышения резектабельности опухоли и улучшения онкологических результатов), 2–3 курса неoadьювантной полихимиотерапии – 7; предоперационный курс дистанционной гамматерапии в суммарной очаговой дозе 40–46 Гр – 2; курс дистанционной гамматерапии по радикальной программе – 2 пациента.

Части больных операция выполнена по поводу продолженного роста или рецидива после ранее перенесенного лечения: 4 пациентам – по поводу рецидива опухоли после ранее проведенного хирургического лечения; 2 – после курса дистанционной гамматерапии в суммарной очаговой дозе 40–44 Гр; 1 – после комбинированного лечения, включавшего операцию и курс дистанционной гамматерапии в суммарной очаговой дозе 44–46 Гр; 2 – после химиолучевого лечения.

Объем хирургического вмешательства зависел от первичной локализации, распространенности опухолевого процесса, наличия регионарных метастазов. Выполнялись радикальные операции в объеме:

- гайморотомия, этмоидотомия, фронтотомия – 2;
- эндоназальная этмоидотомия, сфеноидотомия – 5;
- операция Денкера – 7;
- операция Мура – 10;
- электрохирургическая резекция верхней челюсти – 9;
- электрохирургическая резекция верхней челюсти и структур полости носа – 16; орбитотомия, резекция верхней челюсти и структур полости носа – 7;



- электрохирургическая резекция верхней челюсти, структур полости носа, экзентерация орбиты – 11;
- краниоорбитофациальная резекция – 2.

В объем оперативных вмешательств входило: Перевязка наружной сонной артерии – 32 пациента, операция на лимфопутях шеи – 8, из них в одном случае – операция Крайля, в 7 случаях – футлярно-фасциальное иссечение лимфоузлов и клетчатки шеи.

У 9 пациентов во время операции для коррекции дефекта средней зоны лица были использованы отечественные аллотрансплантаты (биополимерные пластины «ЭСБАД», титановый имплант) или аутоотрансплантаты (перемещенный кожно-мышечный лоскут с грудной клетки на основе *a. thogasoacromialis*, височно-мышечный лоскут на основе *a. temporalis superficialis*, перемещенные кожные лоскуты). Изделие представляет собой пластинку, в основе которой лежит сетчатая структура из поливинилпирролидона, обеспечивающая каркасную функцию. Благодаря связи с полимерным носителем, диоксидин в составе пластины постепенно выделяется в рану, что обеспечивает длительную дозированную концентрацию антисептика в ране. Так, одному из пациентов по поводу распространенного рака полости носа выполнено оперативное вмешательство в следующем объеме: Комбинированная открытая ринотомия. Двусторонняя этmoidэктомия. Резекция носовой перегородки. Орбитотомия справа. Двусторонняя фронтотомия. Двусторонняя гайморотомия. Пластика медиальной стенки правой орбиты и передней стенки лобных пазух. Данному пациенту для создания каркаса наружного носа применена титановая пластина, а для замещения резецированных медиальных стенок орбит – пластины «ЭСБАД». У одной пациентки для закрытия дефекта твердой мозговой оболочки при краниоорбитофациальной резекции использована поверхностная височная фасция. Для ликворостаза и гемостаза интраоперационно использовался препарат ТАХОКОМБ, для иммобилизации биополимеров использовался отечественный клей МК-7М либо фибриновый клей «Тиссукол». У одной пациентки после экзентерации орбиты дефект глазницы был укрыт скользящими кожными лоскутами из щечной и височной областей соответствующей стороны. Двоим больным после комбинированной электрохирургической резекции верхней челюсти с экзентерацией орбиты выполнена одномоментная пластика дефекта пекторальным кожно-мышечным лоскутом, четверым – лоскутом из височной мышцы. Во всех 9 случаях послеоперационная кожная рана зажила первичным натяжением.

Результаты. В целом в исследуемой группе вторичное заживление раны было отмечено у 2 больных. В одном случае операция на верхней челюсти сопровождалась футлярно-фасциальным иссечением лимфоузлов и клетчатки шеи, в другом – оперативному лечению предшествовал предоперационный курс дистанционной гамматерапии в суммарной очаговой дозе 46 Гр.

Онкологические результаты: из 51 больного, прооперированного по поводу распространенных злокачественных опухолей, продолженный рост или рецидив опухоли наблюдался у 17 (33,3 %) человек. При этом продолженный рост опухоли (до 6 месяцев после операции), в связи с чем было проведено повторное оперативное лечение, отмечен у 3 больных (5,9 %); рецидив (через 6 месяцев и более), по поводу которого также была выполнена операция, – у 8 (15,7 %) больных. Регионарные метастазы, обнаруженные у пациентов в сроки до 6 месяцев и более чем через 6 месяцев после операции на первичном очаге, по поводу которых проведено оперативное лечение, обнаружены соответственно у 3 (5,9 %) и у 1 (2,0 %) пациента. У одного больного через 3 месяца после краниоорбитофациальной резекции был обнаружен отдаленный метастаз в поясничный позвонок (L₄). Одному пациенту в связи с продолженным ростом опухоли через 3 месяца после операции проведен 1 курс полихимиотерапии, после чего возникло кровотечение из опухоли, повлекшее смерть больного. В одном случае через 2 месяца после операции возник продолженный рост злокачественной аденокарциномы, несмотря на проведение послеоперационного курса дистанционной гамматерапии, рост опухоли продолжался, больной умер через 3 месяца после операции.

Годичная выживаемость пациентов, получивших комбинированное или комплексное лечение по поводу распространенного рака средней и верхней зоны лица, составила 76,5 %. Двухлетняя выживаемость составила 70,1 %.

**Выводы:**

1. При реконструкции дефектов средней и верхней зоны лица возможно использование титановых имплантов и изделий на биополимерной основе, а также перемещенных лоскутов из большой грудной и височной мышцы на питающей ножке, что обеспечивает хороший функциональный и косметический эффект.
2. При выборе способа аутопластического закрытия дефектов средней и верхней зоны лица использование височного лоскута имеет ряд преимуществ перед пекторальным: меньшая травматичность операции; отпадает необходимость корригирующей операции (отсечение питающей ножки).
3. Проведенное перед операцией лечение в виде курса дистанционной гамматерапии в суммарной очаговой дозе более 40 Гр, а также выполненная одномоментно операция на лимфопутях шеи отрицательно влияют на заживление послеоперационной раны.
4. Выполнение радикальной операции в плане комбинированного или комплексного лечения больных с местно-распространенными опухолями средней и верхней зоны лица позволяет достичь хороших ближайших онкологических результатов (годовая выживаемость составила 76,5 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина – 2000. – 480 с.
2. Неробеев А. И. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. /А. И. Неробеев, Н. А. Плотников. М.: Медицина – 1997. – С. 21–23.

УДК: 616. 28–008. 14:617. 7–072. 1–07

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОФТАЛЬМОСКОПИИ ПРИ НАЧИНАЮЩЕЙСЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА**Т. В. Шидловская, Е. В. Малиева**

*Государственное учреждение «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко АМН Украины», г. Киев
(Директор – чл.-корр. АМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

Роль сосудистого фактора в развитии сенсоневральной тугоухости (СНТ) показана в работах многих исследователей [2, 5, 6, 9, 12].

Цель данной работы – изучить состояние глазного дна у пациентов с начинающейся СНТ.

Эта работа продолжает исследования по изучению офтальмоскопической картины глазного дна при СНТ [4, 10].

Материал и методы. При этом нами было обследовано 56 пациентов (что составило 112 ушей и глаз) в возрасте от 19 до 50 лет. Контролем служили 15 здоровых нормальнослышающих лиц в возрасте от 25 до 30 лет, которые не имели контакта с шумом или радиацией, а также сосудистых заболеваний.

Исследовался слух на тоны как в обычном (0,125–8) кГц, так и в расширенном (9–12) кГц диапазонах частот. Исследование слуховой функции производили в экранированной и звукоизолированной камере, где уровень шума не превышал 30 дБ, с помощью клинического аудиометра АС-40.

Состояние глазного дна изучалось с помощью прямой и обратной офтальмоскопии, офтальмоскопии с применением красных и зеленых фильтров, а также с использованием анализа фотографий глазного дна, которые проводились с целью подтверждения визуальных изменений на глазном дне в случаях, вызывающих сомнения.