

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И МЕТАСТАЗОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ТРАХЕИ В ЗОНЕ ЯРЕМНОЙ ВЫРЕЗКИ С ЕЕ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ

В.И. Письменный, О.В. Осокин

Самарский областной онкологический диспансер

фективный, онкологически надёжный метод.

Проблема лечения опухолей с поражением трахеи в зоне яремной вырезки далеко не изучена: опухоли щитовидной железы с прорастанием трахеи в границах от 4 до 10 колец, опухоли трахеи в этой области, рак гортани с переходом на трахею, а также рецидивы рака гортани после хирургического лечения в проекции трахеостомы. Данная проблема зачастую считается не хирургической, и лечение проводится как паллиативное, с использованием лучевого и лекарственного методов.

Цель исследования. Апробировать в клинической практике способ одномоментной реконструкции трахеи в зоне яремной вырезки с поражением её опухолью различного генеза.

Материал и методы. Проанализированы материалы 16 историй болезни. Мужчин было 13, женщин – 3. Возраст больных колебался от 50 до 76 лет. У 6 больных диагностирован распространенный рак щитовидной железы с поражением трахеи, 3 больных лечены по поводу рака трахеи в зоне яремной вырезки, 7 пациентов проходили лечение по поводу рака гортани с переходом на трахею, и трое пациентов из этой группы оперировались с рецидивом рака гортани в проекции трахеостомы. По морфологическому исследованию опухолей у 4 пациентов был папиллярный, у 2 – фолликулярный, у 7 – плоскоклеточный рак. В само-

стоятельном плане хирургическое лечение было выполнено 5 больным с опухолью щитовидной железы, 2 больным с опухолью трахеи, 3 больным с рецидивом рака гортани, т.к. возможности лучевого метода у них были исчерпаны. Остальным пациентам операция проводилась после предварительного лечения лекарственным и лучевым методом.

Результаты. Особая сложность в техническом исполнении данных операций обусловлена наличием важных анатомических структур, расположенных в зоне манипуляции. Даже при незначительном опухолевом процессе хирургов всегда ограничивает дефицит трахеи после радикального иссечения опухоли. Разработанный вариант пластики трахеи после её циркулярной резекции и сегментарной, с использованием грудного кожного лоскута, позволил во всех случаях радикально иссечь опухолевый процесс и восстановить трахею. Операция проводилась только шейным доступом. Максимальная резекция трахеи была выполнена на 11-м кольце. Сроки наблюдения составили от 3 мес до 5 лет. Осложнений со стороны кожного трансплантата не наблюдалось. Один пациент погиб от пролежня на плечеголовном стволе, образовавшегося от трахеотомической трубки.

Выводы. Использование кожного трансплантата на передней стенке грудной клетки дает возможность провести радикальное лечение больных с распространенными опухолевыми процессами, поражающими трахею в зоне яремной вырезки. Целесообразно, разрабатывая данную проблему, в исследование включить специалистов по торакальной хирургии.

РЕКОНСТРУКЦИЯ КОРНЯ ЯЗЫКА И РОТОГЛОТКИ КОЖНО-МЫШЕЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ НА ПЕРЕДНИХ МЫШЦАХ ШЕИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

В.И. Письменный, Е.П. Кривощёков, О.В. Осокин, И.В. Письменный

*Самарский государственный медицинский университет
Самарский областной онкологический диспансер*

Цель исследования. Рассчитать и апробировать в

клинической практике возможности реконструкции дефектов корня языка и ротоглотки с использованием островкового кожно-мышечного лоскута на пе-

редних мышцах шеи при хирургическом лечении злокачественных опухолей. Наиболее широко в практике используются кожно-мышечные трансплантаты с осевым кровоснабжением, включая грудную, трапециевидную, кивательную и подкожную мышцы. Выполняя резекцию дистальных отделов языка и ротоглотки, сохраняя контур нижней челюсти, для восстановления дефекта возможность использования массивных трансплантатов ограничена за счет дефицита объема зоны введения пластического материала. При этом без введения трансплантата в область дефекта не остается шанса для культы языка и ротоглотки выполнять функции приёма пищи, речи.

Материал и методы. В 2002–2005 гг. оперировано 23 пациента с опухолями ротоглотки и корня языка. В 19 случаях верифицирован плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, 4 больных пролечены по поводу цистаденоидной карциномы. С рецидивом опухоли после химиолучевого лечения оперированы 9 больных, после 3 курсов химиотерапии – 4 пациента, 10 больным операция выполнялась после лучевой терапии СОД 45–50 Гр в плане комбиниро-

ванного лечения. У всех больных операция выполнялась одновременно с операцией на первичном очаге и зонах регионального метастазирования в различных вариантах. Для реконструкции дефектов использован кожно-мышечный лоскут на передних мышцах шеи размерами от 6–5 на 3–4 см.

Результаты. При дефиците слизистой в полости рта после удаления ткани языка и ротоглотки, сохраняя контур нижней челюсти, используя островковый кожный лоскут на передних мышцах шеи, нам удалось избежать натяжения ткани, деформации ротоглотки и сохранить достаточный объем. Во всех рассматриваемых случаях заживление прошло первичным натяжением, у 6 пациентов отмечен краевой некроз лоскута, нарушения герметичности полости рта не отмечено. Это положительно сказалось на результатах восстановления акта приёма пищи, речевой функции, хорошего косметического эффекта. В 5 случаях, используя вышеприведенную пластику, не накладывалась трахеостома.

Выводы. Использование кожного лоскута на передних мышцах шеи позволяет провести радикальное лечение и одновременно восстановить сложный дефект языка и ротоглотки, создавая благоприятные условия для выздоровления и реабилитации.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПЛАСТИКИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГОРТАНИ

В.И. Письменный, Е.П. Кривощёков, О.В. Осокин, И.В. Письменный

*Самарский государственный медицинский университет
Самарский областной онкологический диспансер*

Цель исследования. Определить эффективность различных способов пластики глотки и пищевода после экстирпации гортани. Ларингэктомию по существу остаётся основной операцией при распространённых опухолях гортани, а также при рецидивных опухолях. Операция удаления гортани производится на первичном этапе лечения опухолей, рецидивов и комбинаций с консервативными методами в различной последовательности. Одним из осложнений при ларингэктомии является несостоятельность швов в неоглотке, образование свищей эзофаго-, фаринго- и эзофагофарингостом. Существуют традиционные варианты пластики глотки и пищевода; использование УГ,

наложение вертикального и Т-образного швов. Нами предложен и апробирован сложный дизайн шва, сочетающий в себе горизонтальную и вертикальную часть с учетом формы образовавшегося дефекта слизистой после отсечения гортани.

Материал и методы. Проанализированы материалы 512 историй болезни, где пациентам со злокачественной опухолью гортани были выполнены следующие операции: экстирпация гортани – 193 (37 %) больных, комбинированная экстирпация – 273 (53 %), расширенно-комбинированная экстирпация – 46 (8 %). Мужчин было – 503, женщин – 9, возраст больных от 40 до 76 лет. Морфологически опухоль подтверждена во всех случаях, плоскоклеточный орого-