

метода закрытия дефекта области головы и шеи в первую очередь зависел от первоначального размера дефекта. Пациентам, у которых площадь дефекта составляла 25 см² и более, было выполнено 96 микрохирургических аутоотрансплантатов различных комплексов тканей. Прижились 83 (86,4 %) аутоотрансплантата. У 66 пациентов с дефектом площадью 25 см² и менее выполнена местная пластика.

В большинстве случаев для закрытия дефектов головы и шеи использовали торакодорсальный лоскут – 38 (39,5 %), лопаточный лоскут – 12 (12,5 %), большой сальник – 12 (12,5 %), пахово-подвздошный лоскут – 10 (10,4 %), лучевой лоскут – 13 (13,5 %), лоскут тыла стопы – 6 (6,25 %), префабрикованный на основе большого сальника – 2 (2,08 %), нежная мышца бедра – 1 (1,04 %), прямая мышца живота – 1 (1,04 %), дельтовидный лоскут – 1 (1,04 %). Этиологические факторы, ведущие к возникновению дефектов: злокачественные новообразования и поздние лучевые повреждения – 61 (35,05 %), доброкачественные новообразования – 42 (24,13 %), послеожоговые дефекты – 29 (16,6 %), травмы – 26 (14,9 %), врожденная патология – 9 (5,17 %), ятрогенное воздействие – 2 (1,1 %). Локализация дефектов: волосистая часть головы – 52, лицо – 98, шея – 8.

Выбор метода закрытия дефекта зависел от его характера, площади, глубины, локализации и инфицированности. При закрытии дефектов в области средней трети лица использовали кожно-мышечный ТДЛ, кожно-фасциальный лопаточный, паховый или лучевой лоскуты. При пластике дефектов меньшей глубины применяли дельтовидный лоскут или лоскут тыла стопы. Инфицированные, глубокие и обширные дефекты после применения лучевой терапии закрывали торакодорсальным лоскутом и боль-

шим сальником. Метод местной пластики применен у 66 пациентов, из них 32 мужчины и 34 женщины, в возрасте от 14 до 65 лет. Для устранения рубцовых деформаций использовали методы встречных треугольных лоскутов (Z-пластика), скользящие лоскуты, комбинированные методы. Критерии оценки проведенных вмешательств – эстетический результат, восстановление утраченной функции, субъективная оценка пациентом.

Метод экспандерной дермотензии применен у 11 пациентов (из них 9 женщин и 2 мужчин). Цель – создание дополнительного запаса кожи для последующего закрытия дефекта волосистой части головы. Возраст пациентов от 4 до 40 лет. Этиология дефектов: послеожоговые дефекты – 20 %, травмы – 20 %, врожденная патология (аллопеция, волосистой пигментный невус, капиллярная гемангиома) – 60 %. Размер дефекта варьировал от 20 до 120 см². У всех пациентов для дермотензии использовали круглые и полукруглые высокопрофильные экспандеры со встроенным портом фирмы Mentor объемом 250–600 мл. Основные области, куда помещали экспандер, – теменно-височная, теменно-затылочная, околоушная. Вторым этапом выполняли окончательную пластику, используя растянутый участок кожи. У всех пациентов получен положительный окончательный результат. Определенным недостатком метода является длительность лечения, тем не менее это компенсируется хорошим эстетическим результатом.

Таким образом, результаты лечения пациентов с дефектами области головы и шеи показали, что разработанные и усовершенствованные методы позволяют эффективно ликвидировать имеющиеся поражения и устранять как функциональные, так и косметические дефекты этой зоны.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ С ИОЛТ И ДГТ

Л.И. Мусабаева, В.А. Новиков, Ю.Н. Струков, В.И. Штин

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты комбинированного лечения с ИОЛТ и ДГТ у

больных с опухолями полости носа и околоносовых пазух.

Материал и методы. Наблюдалось 47 больных с местно-распространенными злокачественными новообразованиями полости носа и околоносовых пазух III–IV ст. Проводилось комбинированное лечение: ДГТ, операция с ИОЛТ, эндопротезирование дефекта имплантатами из никелида титана. Режим ДГТ – РОД 3,0 Гр, 5 раз в неделю, 10–12 фракций, СОД $44 \pm 1,3$ изогр. Доза ИОЛТ быстрыми электронами 6 МэВ составляла 10–12 Гр. В контрольной группе 20 больных, проводилось комбинированное лечение с послеоперационной ДГТ в стандартном режиме СОД 40–45 Гр.

Результаты. Общее количество рецидивов в основной группе с ИОЛТ и ДГТ составило 10 (21,2 %) из 47 больных, в сроки от 7 мес до 3 лет. Локальное отторжение эндопротезов диагностировано у 5 (26 %) из 19 больных преимущественно в течение 3 мес, что явилось следствием постлучевых изменений нормаль-

ных тканей. Повторные операции проводились в 2 случаях, в одном случае симптоматика была обусловлена отторжением протеза, во втором – фиброзными изменениями ткани после ИОЛТ 10 Гр. Число рецидивов в контрольной группе составило 13 (65 %) из 20 больных. Рецидивы после комбинированного лечения с ИОЛТ и ДГТ возникали вне зоны проведения интраоперационной лучевой терапии. Ввиду того, что площадь смешанного облучения (ИОЛТ и ДГТ) не превышала 24 см², уменьшение числа местных рецидивов в основной группе происходило за счет вклада ДГТ в курсовую дозу.

Выводы. Пятилетняя безрецидивная выживаемость больных злокачественными новообразованиями полости носа и околоносовых пазух в основной группе составила $63,5 \pm 8,0$ %, в контрольной группе – $35 \pm 4,1$ % ($p < 0,05$).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ БИОАДАПТИРОВАННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

М.Р. Мухамедов, Е.Л. Чойнзонов, Л.Н. Балацкая, О.В. Черемисина

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Улучшение качества жизни и реабилитация больных злокачественными новообразованиями гортани путем разработки новых подходов к органосохраняющему хирургическому лечению остается актуальной проблемой ЛОР-онкологии.

Материал и методы. В исследование включено 122 больных местно-распространенным раком гортани. По результатам исследования разработаны и внедрены в клиническую практику: способ органосохраняющего хирургического лечения с одномоментной реконструкцией каркаса гортани оригинальной формы эндопротезом из пористого никелида титана; способ создания стойкой бесканюльной трахеостомы у больных, перенесших удаление гортани путем эндопротезирования трахеи, использование сверхэластичной нити из никелида титана для ушивания дефектов глотки после удаления гортани, а также способ формирования бесканюльной трахеостомы сверхэластичной нитью из никелида титана.

Результаты. В группе больных после резекции гортани с эндопротезированием пористым никелидом титана голосовая и дыхательная функции восстановлены в 92 % случаев, защитная функция гортани сохранена у 96 % прооперированных больных. Опыт использования сверхэластичной нити из NiTi для ушивания дефектов глотки и формирования бесканюльной трахеостомы позволяет рекомендовать ее в качестве эффективного шовного материала в хирургическом лечении рака гортани.

Выводы. Использование биоадаптированных имплантатов на основе никелида титана значительно расширяет возможности выполнения органо- и функционально-сохраняющих оперативных вмешательств при местно-распространенных формах рака гортани, позволяет повысить результаты качества жизни и реабилитации данной категории больных.