

кожи шеи площадью от 4 до 30 см². У 11 пациентов дефекты кожи до 15 см² закрывались путем перемещения кожных лоскутов, окружающих сформированную внутреннюю выстилку, различных конфигураций. У 26 больных для закрытия дефекта использовался дельтопекторальный кожно-жировой лоскут, который выкраивался в левой дельтопекторальной области с формированием питающей ножки в проекции рукоятки грудины. Питание больных в после-

операционном периоде осуществлялось через носопищеводный зонд или парентерально. Существенных осложнений в послеоперационном периоде не было, лишь у 5 больных образовались глоточные свищи, потребовавшие их повторного пластического закрытия. Восстановление приема пищи естественным путем улучшает качество жизни больных раком гортани после комбинированного лечения, способствует их социальной адаптации.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В.Г. Ежов, Е.Д. Панов, А.А. Подоскин, Б.В. Петров, С.В. Ежов

Воронежский областной клинический онкологический диспансер

Ранняя диагностика, совершенствование методик облучения злокачественных новообразований слизистой полости рта способствуют улучшению результатов лучевого лечения этой группы больных. При этом, как правило, независимо от методик облучения в зону воздействия ионизирующего облучения вовлекается нижняя челюсть, в которой иногда возникают лучевые повреждения – остеомиелиты.

Под наблюдением находилось 38 больных со злокачественными новообразованиями слизистой оболочки полости рта I–II ст., у которых в разные сроки после окончания лучевой терапии в СОД > 70 Гр развились лучевые остеомиелиты, причем первичная опухоль была излечена. Лучевые остеомиелиты возникали в основном на стороне поражения, лишь у 4 больных они носили двухсторонний характер. Сроки возникновения лучевого остеомиелита после окончания лечения: до двух лет у 9 больных; от двух до пяти лет – 26; более пяти лет – 3. Лечение начиналось

с санации полости рта, корни и периодонтитные зубы удалялись, затем назначались: моно- или полиантибактериальная терапия, при этом учитывалась комбинация антибиотиков, перекрывающих возможный микробный спектр инфекции; препараты, стимулирующие неспецифическую резистентность организма и улучшающие тканевую проницаемость; витаминотерапия. У 18 больных с начальными формами остеомиелита эти явления были купированы после 1–3 курсов лечения. При формировании секвестров производилась некротомия – 12 больных. У 8 пациентов, несмотря на проводимое лечение, явления остеомиелита прогрессировали, у 3 из них развились патологические переломы. Всем этим больным произведена резекция нижней челюсти.

Таким образом, лечение лучевого остеомиелита нижней челюсти необходимо начинать с консервативной терапии. При секвестрации и патологических переломах показано оперативное лечение.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ АУТОПЛАСТИКОЙ

П.М. Ермолаев

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

Новым направлением в онкохирургии являются реконструктивно-пластические операции с микрохирургической техникой. У онкологических больных

резко повышен риск тромбоза микрососудистых анастомозов, снижена толерантность тканей к повреждающим воздействиям, что обусловлено раковой ин-

токсикацией, усугубляемой предоперационной химиолучевой терапией. Применялись следующие комплексы средств поддержания жизнеспособности аутотрансплантата: 1-я группа (n = 37) – НМГ (фраксипарин), трентал, контрикал; 2-я группа (n = 15) – кетопрофен, трентал, контрикал; 3-я группа (n = 20) – НМГ, перфторан, контрикал; 4-я группа – НМГ, кетопрофен, контрикал. Набор 4-й группы был приостановлен в связи с неоправданным увеличением интраоперационных кровопотерь. На всех этапах исследования использовался комплекс антиоксидантов (токоферола ацетат, аскорбиновая кислота, актовегин). Контрикал, как средство профилактики и коррекции посттравматических нарушений в оперируемых тканях, применялся во время операции и в течение 2–3 сут после операции (30000 АТРЕ/сут). Фраксипарин (в дозе 0,3–0,6 мл с учетом массы тела больного) и кетопрофен (в дозе 100 мг в/м за 1 ч до операции, и далее каждые 8 ч под контролем показателей системы гемостаза) использовались, начиная с этапа премедикации и далее после операции. В/в капельную инфузию перфторана начинали на этапе формирования аутотрансплантата (в среднем 4,5 мл/кг), далее после операции в течение 2 дней (в среднем 3,3 мл/кг). Трентал – во время операции в дозе от 5,0 (100 мг пентоксифиллина) до 20,0 мл в/в капельно, после операции 2–3 раза в сут по 5,0 мл в течение 8–12 дней.

В работу включены 79 онкологических больных в возрасте $46 \pm 1,4$ года, у большинства диагностированы III–IV ст. заболевания в связи с массивным местным распространением опухолей. У 57 % больных

были опухоли головы и шеи, у 27,8 % – опухоли верхнего отдела пищеварительного тракта (полость рта, рото-, гортаноглотка), в 11,4 % – опухоли опорно-двигательного аппарата. На всех этапах исследования показатели гомеостаза (гемодинамические показатели, КОС крови и др.) в 3 основных группах оставались в пределах стресс-нормы. Состояние гемокоагуляции и реологии на этапах исследования контролировали по показателям гемостазиограммы, электрокоагулограммы, вискозиметрии.

Получены следующие исходы пластических операций: положительные результаты (полное приживание аутотрансплантата) в 84,8 %, удовлетворительные результаты (частичный некроз лоскутов) – 7,6 % случаев, неудовлетворительные результаты у 4 больных (5,1 %) с тотальными некрозами аутотрансплантатов. В 2 случаях были летальные исходы, причины – ОНМК по геморрагическому и ишемическому типу. Таким образом, положительные результаты операций были у 92,4 % больных.

Выводы. Наиболее оптимальными лечебно-профилактическими комплексами являются: “фраксипарин, трентал, контрикал” и “фраксипарин, перфторан, контрикал”. Частичные и тотальные некрозы аутотрансплантатов в разные сроки п/о периода в основном связаны с повреждающим действием длительных и/или повторных аноксий тканей аутотрансплантата. Геморрагические осложнения представляют особую опасность при операциях с нейрохирургическим компонентом в связи с возможным развитием внутримозговой гематомы с летальным исходом.

АТИПИЧНАЯ ТЕРАТОИД-РАБДОИДНАЯ ОПУХОЛЬ (АТРО) ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЦНС) У ДЕТЕЙ

О.Г. Желудкова¹, А.Г. Коршунов⁴, М.Г. Русанова¹, И.Д. Бородин¹, С.В. Горбатов²,
А.Г. Меликян⁴, С.К. Горелышев⁴, О.И. Щербенко⁵, Н.И. Зелинская⁵, В.И. Озерова⁴

НИИ ДГ МЗ РФ¹, МДКБ², РДКБ³, НИИНХ им. Н.Н. Бурденко⁴, РНЦ РР⁵, г. Москва

АТРО ЦНС является редкой опухолью, отличительная особенность которой крайне агрессивное течение с метастазированием по ЦНС и низкая чувствительность к химиотерапии (ХТ) и лучевой терапии (ЛТ).

Материал и методы. С 2002 г. лечение получали 9 пациентов с первичной АТРО ЦНС в возрасте 1,3–14 лет (медиана 1,9 лет). У всех диагноз подтвержден

иммуногистохимией: выявлена экспрессия актина гладкомышечных клеток в “рабдоидном” компоненте опухоли. Инициально стадия M_0 установлена у 6, M_1 – у 1, M_3 – у 2 больных. У всех пациентов с АТРО опухолевых проявлений за пределами ЦНС не наблюдалось. Лечение было гетерогенным. 8 больным выполнено удаление опухоли, из них у 5 – остаточная опухоль. В одном случае сделана стереотаксическая