

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 некрэктомия – 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-