

чественные опухоли носоглотки встречаются относительно редко (около 2 % от злокачественных опухолей головы и шеи). Однако смертность при данной патологии очень высока. Учитывая, что большинство больных поступает на лечение с опухолями шеи, при обследовании которых выявляется первичный процесс в носоглотке, низкий постлучевой эффект первичного очага, не поддающегося на современном этапе хирургическому воздействию, проблема лечения данного заболевания остается актуальной. В этой связи в РНИОИ разработана методика лечения остаточных опухолей носоглотки у больных, исчерпавших возможности лучевой терапии, путем криовоздействия. Созданы специальные

устройства, позволяющие селективно под визуальным контролем осуществлять криодеструкцию. Методика лечения использована у 15 больных – 8 мужчин и 7 женщин в возрасте 40–60 лет. Недифференцированный рак был у 2 больных, плоскоклеточный – у 5 и незрелая злокачественная опухоль – у 2. Криодеструкция осуществлялась под местной анестезией. Были обработаны подходы криодатчика в зависимости от локализации опухоли. Манипуляцию все больные перенесли удовлетворительно, осложнений не наблюдалось. Больные находятся под наблюдением в течение 6–8 мес. Визуальный динамический контроль, а также КТ и МРТ-контроль показали высокую эффективность проводимого лечения. Рецидив опухоли не наблюдался. Исследования по предлагаемому методу лечения остаточных опухолей носоглотки продолжаются.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ РАКА ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П.В. Светицкий

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, г. Ростов-на-Дону

За последние 10 лет отмечается увеличение заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации (РФ), когда “грубый показатель” возрос на 12,7 %. В то же время отмечается стабилизация заболеваемости раком органов полости рта и глотки (РПРиГ), находящейся в пределах 6,5–7,3 (на 100 тыс. нас.). Заболеваемость РПРиГ в Ростовской области (РО) аналогична данным показателям по РФ.

Ежегодно в РО регистрируется от 270 до 300 боль-

ных РПРиГ. К сожалению, показатель выявляемости запущенного рака (III–IV ст.) в РО за последние 5 лет был хуже, чем в РФ, и составил 71,7–74,3 (на 100 тыс.), т.е. превышал общероссийский на 4–6 %, в связи с чем следовало бы ожидать и худшие результаты лечения. Однако результаты лечения оказались лучше общероссийских. Так, одногодичная летальность в РО была достигнута у 30,9–39,1 % больных, т.е. была ниже общероссийской на 8–10 %, а 5-летняя выживаемость превышала показатель РФ на 4–7 % (50,7–55,9 % в РО; 47,0–49,0 % в РФ). Полученные положительные результаты лечения были достигнуты, на наш взгляд, в связи с применением комбинированного метода, когда на первом этапе выполнялась операция с последу-

УЗКИЕ ТРАХЕОСТОМЫ КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

П.В. Светицкий, Р.Х. Магеррамов

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, г. Ростов-на-Дону
ющим облучением, а затем химиотерапией.

Формирование трахеостомы при экстирпации гортани является важным этапом операции. Большин-

ство хирургов во время удаления гортани стремятся создавать трахеостому, при которой больной мог бы свободно дышать без трахеотомической трубки. Однако при вторичном инфицировании раны в области культи трахеи, расхождении швов на верхних кольцах

трахеи происходит вторичное заживление с формированием узкой трахеостомы. При этом дыхание без трахеотомической трубки становится невозможным. Наиболее часто сужение трахеостомы возникает у больных, подвергшихся лучевой терапии перед операцией. Частота стенозов трахеостомы после экстирпации гортани колеблется от 12 до 41 % (Гамбург Ю.Л., 1979; Погосов В.С., 1983).

Длительное канюленошение может вызвать осложнения. Излишние манипуляции и плохой уход за трахеотомической трубкой, неправильно подобранный ее размер, а также несоответствия изгиба, диаметра, длины приводят к раздражению слизистой оболочки трахеи. Появляются фибриновые отложения, эрозии и длительно гранулирующиеся язвы, что приводит к образованию рубцовой ткани, суживающей просвет трахеи.

В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ нами

проведено лечение 13 больным с рубцовыми стенозами трахеи: из них 11 мужчинам и 2 женщинам. Все больные перенесли операцию – экстирпацию гортани. У всех пациентов имелись рубцово-суженные трахеостомы. При эндоскопическом осмотре выявлялась рубцовая ткань в трахее на уровне дистального конца трахеотомической трубки. Дыхание во всех случаях было затруднено и соответствовало II–III степени стеноза. Протяженность стенозированного участка трахеи была от 5 до 20 мм. Лечение заключалось в электроиссечении рубцовой ткани трахеи с дилатацией ее просвета специально созданными стентами в условиях медикаментозной обработки раневой поверхности. В последующем осуществлялось пластическое расширение трахеостомы.

В результате проведенного лечения у всех больных был достигнут хороший лечебный эффект. Дыхание восстановилось. Необходимость в ношении трахеотомических трубок исчезла. Период наблюдения

ПУТИ СНИЖЕНИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯЗЫКА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА

П.В. Светицкий, Е.Ф. Исламова, Н.А. Чертова

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, г. Ростов-на-Дону

за больными составляет от 3 до 9 мес.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения рака дна полости рта и языка III–IV ст., в частности, снижение ранних местных послеоперационных осложнений.

В исследование были включены 104 больных, 30 больных прооперированы по разработанному методу. В основной группе использовался подчелюстной доступ. После удаления опухоли и регионарного лимфатического коллектора пластика оростомы проводилась местными тканями с формированием мышечного каркаса путем подшивания неподвижной части культи языка к двубрюшной мышце. Затем сшивались кожно-жировые лоскуты подчелюстной области. 74 больных прооперированы традиционными способами. При выполнении реконструктивного этапа в контрольной группе выполнялись пластики дефекта

дна полости рта с использованием донорских перемещенных кожно-жировых, кожно-мышечных лоскутов; при наличии противопоказаний к использованию первичной пластики формировалась плановая оростомы с отсроченной пластикой.

Ранние местные послеоперационные осложнения в основной группе наблюдались у 7 (23,3 %) пациентов, нагноение послеоперационной раны – у 2 (6,6 %), образование гнойных свищей – у 3 (3,3 %), некроз культи языка – у 2 (6,6 %). В контрольной группе осложнения отмечены у 42 (56,8 %) больных, из них: некроз культи языка – у 2 (2,7 %), гнойный свищ – у 4 (5,6 %), нагноение в послеоперационной ране – у 4 (5,6 %), образование оростомы – у 17 (23,3 %), кровотечение – у 152 (20,3 %).

Таким образом, предложенный хирургический способ позволил сократить уровень ранних местных послеоперационных осложнений и расширить показания к оперативным вмешательствам при раке