

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

**Х.Ш. Давудов, В.Б. Рязанов, И.И. Нажмудинов, К.В. Акопян,
И.И. Матела, И.О. Куликов, М.Ю. Хоранова**

ФГУ "НКЦ оториноларингологии Росздрава и СР", г. Москва

Актуальность проблемы юношеской ангиофибromы носоглотки определяется особенностью течения данного заболевания, сложностью выбора тактики лечения, а также высоким риском интраоперационного кровотечения. Ангиофиброма носоглотки встречается преимущественно у юношей в возрасте до 20 лет. Клиническое течение данного заболевания определяется деструктивными свойствами опухоли и направленностью роста опухоли в такие анатомические образования, как зачелюстная и подвисочные ямки, полость черепа, пещеристый синус, внутренняя сонная артерия, перекрест зрительного нерва, гипофиз. В современной практике существует ряд методов лечения юношеской ангиофибromы носоглотки, основные из которых хирургический и комбинированный методы. Хирургические методы лечения можно разделить на две категории: удаление юношеских ангиофибром через естественные пути, удаление опухоли с предварительной операцией, облегчающей доступ к образованию. Однако остается нерешенным вопрос о способе и методах достижения адекватного гемостаза в ходе операции, так как перевязка наружной сонной артерии не всегда позволяет добиться желаемого. Исходя из этого, мы разработали свою методику ведения данной категории больных на предоперационном этапе и в процессе хирургического вмешательства.

В нашей клинике за период с 1998 по 2005 г. было прооперировано 11 пациентов с юношескими ангиофибромами. Длительность заболевания – от нескольких месяцев до 3 лет. Наилучший способ доступа к опухоли при ее удалении – боковая ринотомия с предварительной перевязкой наружной сонной артерии

(как с одной стороны, так и с обеих). Данный подход дает наиболее полный доступ к опухолевому образованию и обеспечивает радикальность ее удаления. Перевязка наружной сонной артерии необходима для уменьшения риска массивной кровопотери как в момент удаления опухоли, так и в послеоперационном периоде. Но, несмотря на предварительную перевязку наружной сонной артерии, операция по стандартной методике может сопровождаться значительным кровотечением. В целях профилактики обильной кровопотери нами был использован препарат Трансамин в дозе 12–17,5 мг/кг за 10–15 мин до начала операции. Исследования показали, что сочетание применения перевязки наружной сонной артерии с использованием Трансамина снижает кровопотерю в ходе операции в 2 раза и уменьшает послеоперационный отек и воспаление. Таким образом, включение в схему подготовки больного к операции препарата Трансамин обеспечило стабильное и адекватное течение операции и анестезии, а также послеоперационного периода.

Выводы. При выборе тактики лечения ювенильной ангиофибromы носоглотки предпочтение в нашей клинике отдается хирургическому методу. Удаление ангиофибromы носоглотки мы считаем целесообразным проводить наружным доступом путем боковой ринотомии. На предварительном этапе основной операции необходимо выполнять перевязку наружной сонной артерии (с одной или с двух сторон) в сочетании с применением препарата Трансамин для профилактики массивной кровопотери во время удаления опухоли и адекватного течения послеоперационного периода.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ НИЖНЕЙ ГУБЫ

А.Б. Давыдов, В.И. Назаров, О.Б. Давыдова, П.В. Красовский

*Тверская государственная медицинская академия Росздрава
Тверской областной клинический онкологический диспансер*

Функционально-эстетическая результативность восстановительных операций при лечении опухолей верхней и нижней губ является актуальной задачей

реконструктивной хирургии и важнейшим звеном реабилитации данной категории больных. Целью нашей работы явилось проведение анализа функцио-

нально-эстетической результативности способов хирургической реконструкции губ, выявление и разработка оптимальных методик оперирования и определение показаний к их использованию.

Для решения поставленных задач обобщены результаты комбинированного и хирургического лечения 417 больных карциномами губ. Анализу подвергнута онкологическая и функционально-эстетическая результативность шести различных способов первичной пострезекционной хейлопластики. Представлен авторский способ хирургической реконструкции нижней губы, использованный в 27 случаях лечения опухолей (T_{3-4}). Всем пациентам были проведены предоперационная дистанционная гамма-терапия 38–40 Гр и радикальные полнослойные электрорезекции нижней губы с иссечением здоровой ткани 1,3–2,5 см. Суть метода реконструкции заключается в создании совмещения кожно-жировых и слизисто-мышечных лоскутов щек с двух сторон. Проведенная оценка

эффективности разработанного способа хейлопластики на анализе частоты и характере послеоперационных осложнений выявила равные и невысокие доли неудовлетворительных результатов функции ротового сфинктера (12–17 %), сенсорную денервацию восстановленной губы (17–39 %), наличие краевых ишемических некрозов слизистой (11,1 %). Функция произношения согласных несколько страдала в ближайшем послеоперационном периоде. Эстетические результаты лечения удовлетворили 81,5 % пациентов.

По нашему мнению, положительные результаты авторской хейлопластики были обусловлены: уменьшением травмы мягких тканей, снижением потери крови и затрат времени при подъеме треугольных слизистых лоскутов, адекватным кровоснабжением треугольных слизистых лоскутов и снижением риска развития их асептического некроза, анатомо-топографическим размежеванием вертикальных фрагментов кожных и слизистых ран губы и снижением риска распространения вторичной раневой инфекции.

ИМПЛАНТАТЫ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

В.В. Дармаков, Е.И. Трофимов, Н.Э. Бойкова, Е.М. Фуки

ФГУ "НКЦ оториноларингологии и СР" Росздрава, г. Москва

Использование биосовместимых имплантантов при реконструктивных вмешательствах у пациентов, имеющих анатомические дефекты гортани и трахеи, является актуальной задачей хирургии.

Материал и методы. 40 пациентов от 19 до 80 лет были распределены на 2 группы: 1) с последствиями лечения злокачественных новообразований гортани и трахеи (11); 2) с травматическими повреждениями этих органов (29). Перед операцией производилось обследование для уточнения характера дефектов, состояния опорного каркаса. Дефицит анатомо-функциональных структур гортани и трахеи зависел от стадии, локализации и распространенности новообразования. При помощи 3D-моделирования определяли предполагаемый объем вмешательства с подборкой имплантантов для восстановления резецированных функционально-активных зон, укрепления слабых зон (ларинготрахеомалация), функционального моделирования удаленного фрагмента органа (заднебоковые отделы гортани, кольца трахеи, черпаловидные хрящи, складочный отдел). В

послеоперационном периоде проводилась НО-терапия (аппарат Плазон), антибиотикотерапия, профилактика рубцевания, улучшение локальной гемодинамики комбинированных лоскутов. Морфологические исследования имплантантов на этапах лечения свидетельствуют о прорастании окружающих тканей в поры имплантанта, за счет чего достигается фиксация в зоне реконструкции. В конечном итоге, образуется биологически новый композит: никелид титана – ткани организма.

Результаты. Использование имплантантов с памятью формы позволяло достичь стойкой функциональной реабилитации у 33 из 40 пациентов, 5 больных на этапном лечении.

Выводы. Такие свойства имплантантов из металлов с памятью формы, как биологическая инертность (не отторгаются, не вызывают роста грануляций), пористость, проницаемость (высокие адгезивные свойства и прорастание кровеносными сосудами), способность создать стойкий просвет протезируемого органа, позволяют рекомендовать их для реконструкции в ЛОР-онкологии.