

аутоотрансплантация толстокишечно-сальникового лоскута, сформированного из поперечно-ободочной кишки и прилежащей пряди большого сальника. Кровоснабжение кишечного трансплантата осуществлялось средней толстокишечной артерией и веной, а сальникового фрагмента – за счет коллатералей между средними ободочными сосудами и желудочно-сальниковыми сосудами. Кишечной порцией лоскута восстанавливалась слизистая оболочка дефектов, сальниковой порцией изолировали швы и магистральные сосуды шеи. Отсроченная реконструкция орофарингеальной зоны была выполнена 8 пациентам.

Результаты. Тотальный некроз лоскута отмечен у 4 больных. Высокое качество пластического материала способствовало полному самостоятельному

заживлению слюнных свищей у 6 пациентов. Осложнений со стороны брюшной полости не было. В раннем послеоперационном периоде умер 1 больной в результате аррозивного кровотечения из сосудов средостения. Кормление через рот начинали с 14-х сут. Естественное питание было восстановлено во всех наблюдениях. Все больные деканулированы в течение 3 нед после операции. В течение 5 лет живы трое больных, в течение 3 лет – восемь пациентов. От отдаленных метастазов умерло 5 больных. У 5 больных отмечен рецидив опухоли, по поводу чего проведено повторное хирургическое лечение. Остальные больные находятся под тщательным динамическим наблюдением.

Выводы. Наиболее эффективным методом спа-

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

И.В. Решетов, А.В. Пекшев, О.В. Маторин, С.А. Кравцов, А.П. Поляков

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

МГТУ им Н.Э. Баумана, г. Москва

сения жизни больных с местно-распространенными опухолями полости рта и глотки является комбинированное лечение, хирургический компонент которого заключается в широком, радикальном иссечении опухоли. Применение нового метода аутоотрансплантации толстокишечно-сальникового лоскута способствует улучшению качества жизни пациентов, перенесших расширенные резекции органов социально важной и функционально значимой локализации.

Цель исследования. Уменьшение количества интра- и послеоперационной диффузной кровопотери, повышение абластики, а также уменьшение воспаления, ускорение репаративных процессов в ране.

Материал и методы. Всем больным на этапе хирургического лечения проведено удаление опухоли с пластическим закрытием дефекта. Выделены две группы больных, первая – 350 пациентов, которым лечение проводилось в послеоперационном периоде. Вторая – 150 больных, которым воздействие воздушно-плазменным потоком проводили интраоперационно.

Результаты. Группа 1. У 91 (26%) больного воспа-

лительный процесс ликвидирован с полным заживлением раны и(или) закрытием свища, у 238 (68 %) больных отмечено уменьшение воспаления. В результате NO-терапии у 329 (94 %) больных отмечалось нарастание активной грануляционной ткани, у 14 (4 %) больных грануляционная ткань была представлена умеренно, и у 7 (2 %) – характер грануляционной ткани остался вялым. После проведения NO-терапии у всех больных был выражен процесс эпителизации либо в виде активизации сохранных очагов пересаженной дермы в случае ее частичного лизиса – 140 (40 %), либо в виде эпителизации, возникшей по краю раны.

Группа 2. У всех больных, которым проводили интраоперационную воздушно-плазменную обработку операционной раны в режиме коагуляции до ее закрытия пластическим материалом, было отмечено уменьшение в 2 раза по сравнению с обычным методом диффузной кровопотери и плазмопотери в раннем послеоперационном периоде. Послеоперационных осложнений у этой группы больных не наблюдалось. У всех наблюдаемых нами пациентов происходило быстрое очищение поверхности раны от фибрина,

гноя, появлялись здоровые грануляции, на фоне которых происходила быстрая эпителизация. Абсолютный положительный результат получен у 96 % больных. Результаты свидетельствуют о том, что экзогенный NO в составе газового потока является фактором выраженной стимуляции раневого заживления. Интраоперационное воздействие воздушно-плазменным потоком в режиме коагуляции позволяет выполнять обширные онкологические и реконструктивно-пластические операции на голове, шее, конечностях. При этом существенно снижается диффузная крово- и плазмотеря, а также обеспечивается абластичность вме-

шательства вследствие гибели опухолевых клеток, рассеянных по поверхности раны при удалении опухоли.

Выводы. В режиме интраоперационной обработки метод обеспечивает существенное уменьшение плазмо- и кровопотери с обширных раневых поверхностей вследствие формирования очень тонкого слоя коагуляционного некроза ткани. В режиме экзогенной NO-терапии осложненных послеоперационных ран достигаются уменьшение или ликвидация воспалительного процесса, стимуляция развития грануляционной ткани и ускорение эпителизации. Эффект наступает независимо от локализации ран на теле, а также варианта пластического материала. Поло-

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

А.А. Рововой, Ж.В. Дудка, А.Ю. Попов, Ю.А. Левко

Отделение общей хирургии ККБ № 1, г. Краснодар

Тиреотоксический зоб – одно из наиболее тяжелых заболеваний щитовидной железы. Сочетание диффузно-токсического зоба (ДТЗ) и злокачественного поражения щитовидной железы считается достаточно редким, поэтому данные, полученные в результате собственных наблюдений, представляют особый интерес. Увеличение количества больных с сочетанием рака щитовидной железы и ДТЗ требует пересмотра тактики, диагностики и выбора объема оперативного вмешательства.

Материал и методы. В хирургическом отделении ККБ № 1 в 2005 г. оперировано 500 человек по поводу различных заболеваний щитовидной железы, из них по поводу ДТЗ – 30 человек. При проведении обследования до операции по результатам УЗИ отмечено только диффузное увеличение щитовидной железы без признаков узлообразования. Показанием к операции явились длительное неэффективное консервативное лечение и увеличение размеров щитовидной железы. Интраоперационно наличие диффузного зоба не вызывало сомнений, макроскопических признаков узлов не отмечено. В связи с этим необходимости в проведении экспресс-гистологии не было.

Окончательный диагноз устанавливался по результатам планового гистологического исследования. Объем выполненных вмешательств распределился следующим образом: по О.В. Николаеву – 19 больных (63,3 %), по Е.С. Драчинской – 9 (30 %), тиреоидэктомия – 1 (3,3 %), удаление культи щитовидной железы при рецидивном ДТЗ – 1 (3,3 %). У всех больных злокачественное поражение щитовидной железы впервые диагностировано при плановом гистологическом исследовании. В послеоперационном периоде больные направлялись к онкологу.

Результаты. Из 30 больных, оперированных с диагнозом ДТЗ, доброкачественный процесс выявлен в 21 случае (70 %), в 9 (30 %) – злокачественные опухоли различной гистологической структуры, как правило, мультицентрической формы.

Выводы. Необходим поиск методов дооперационного выявления рака при ДТЗ; ставить более настойчиво показания к оперативному лечению ДТЗ, отказываясь от длительных курсов консервативной терапии. При выборе тактики оперативного лечения отдавать предпочтение методике Драчинской, расширять показания к тиреоидэктомии.