

ху и расслаивают поперечно, формируя в нем ложе для истонченной нижней челюсти. Такая операция выполнена у 11 больных от 44 до 67 лет с $T_3N_0M_0$ плоскоклеточного рака. До операции у 8 проводилась лучевая терапия – 45–50 Гр, у 3 – химиолучевое лечение по радикальной программе. Опухоль локализовалась в передних отделах дна полости рта или распространялась на альвеолярный отросток нижней челюсти.

Результаты. Послеоперационный период протекал благоприятно. Заживление раны у 8 первичным натяжением; у 3 – с образованием нестойких свищей.

полости рта не ухудшает онкологических результатов, но улучшает реабилитацию больных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВОЗВРАТНЫХ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ ПРИ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Е.И. Трофимов, Л.С. Князева, Е.М. Фуки

ФГУ «НКЦ оториноларингологии» Росздрава, г. Москва

Возникновение парезов и параличей гортани при операциях на щитовидной железе, как правило, связано с травмированием возвратных гортанных нервов при их выделении из сосудисто-нервного пучка и окружающих тканей. В последнее время число послеоперационных параличей гортани сократилось у тех хирургов, которые во время операции проводили микрохирургическую идентификацию возвратных нервов под контролем операционного микроскопа.

Материал и методы. Нами было проведено обследование 48 больных от 40 до 65 лет, которым была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу опухоли. Эти больные были разделены на 2 группы, в зависимости от характера выделения возвратных нервов во время операции: 1-я – с использованием операционного микроскопа (18); 2-я –

Акт глотания восстанавливался на 13–16-е сут. Носопищеводный зонд удалялся в эти же сроки. После операции не наблюдалось грубых косметических дефектов лица. В течение 3 лет прослежено 7 больных, более этого срока – 4. Трехлетняя выживаемость без рецидива и метастазов составила 63,7 %. В течение 1,5 года после операции умерло четверо больных: у 3 – рецидив первичной опухоли, у 1 – прогрессирование регионарного метастазирования.

Выводы. Использование новой модификации операции при раке передних отделов слизистой дна

без микрохирургического выделения (30).

Результаты. На 4–5-е сут после операции на щитовидной железе при ларингоскопии послеоперационные осложнения в виде одностороннего пареза гортани наблюдались у 3 (16,6 %) больных 1-й группы (все трое с экстрафасциальным прорастанием раковой опухоли). Во 2-й группе парез гортани выявлен у 14 (46,6 %) пациентов, у 6 (20 %) – односторонний, у 8 (26,6 %) – двусторонний. Четкой зависимости между типом операций и степенью повреждения (одно- или двустороннего) нами отмечено не было.

Выводы. Данные наблюдения указывают на преимущества микроскопической интраоперационной визуализации при операциях по поводу опухолей щитовидной железы, что играет важную роль в дальнейшей реабилитации больных. Поэтому предпочтительно проведение таких операций с использованием микрохирургической техники.

ВЫБОР РЕЦИПИЕНТНЫХ СОСУДОВ ПРИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНЕЙ В ОБЛАСТЬ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Е.И. Трофимов, Н.О. Миланов, Н.В. Соловьева, Д.М. Саратовцев, Д.М. Бжассо

ГУ РНЦХ РАМН, г. Москва

В отделе восстановительной микрохирургии РНЦХ РАМН оперирован 91 пациент (51 мужчина и 40 жен-

щин, возраст от 3 до 60 лет). Локализация дефектов: волосистая часть головы – 22 (24,1 %); лицо – 34 (37,4 %); шея – 35 (38,5 %). Выполнено 96 микрохи-

рургических аутотрансплантаций комплексов тканей. В большинстве случаев для пластики дефектов головы и шеи использовали лучевой лоскут – 36 (37,5 %); торакодорсальный лоскут – 23 (24,0 %); лопаточный лоскут – 10 (10,4 %); большой сальник – 9 (9,4 %); паховый лоскут – 7 (7,3 %); лоскут тыла стопы – 6 (6,3 %); префабрикованные аутотрансплантаты на основе большого сальника – 2 (2,1 %); нежная мышца бедра – 1 (1,0 %); прямая мышца живота – 1 (1,0 %); дельтовидный лоскут – 1 (1,0 %). В качестве реципиентных артерий использовали: лицевую артерию – 55 (57,3 %), поверхностную височную артерию – 16 (16,7 %), наружную сонную артерию – 8 (8,3 %), язычную артерию – 6 (6,3 %), верхнещитовидную артерию – 5 (5,2 %), затылочную артерию – 5 (5,2 %), общую сонную артерию – 3 (3,1 %). Из них 82 (85,4 %) анастомоза выполнены по типу конец в конец, 14 (14,6 %) анастомозов – по типу конец в бок. Для венозного анастомоза использовали наружную ярем-

яремная вена.

ную вену – 60 (56,6 %), лицевую вену – 23 (21,5 %), височную вену – 16 (15,1 %), затылочную вену – 4 (4,2 %), внутреннюю яремную вену – 2 (1,8 %), язычную вену – 1 (0,8 %). Для улучшения венозного оттока использовали две вены в 10 случаях. В 9 случаях использовали аутовенозные вставки. Анастомозы выполняли по типу конец в бок – 62 (64,6 %) случая, по типу конец в конец – в 44 (35,4 %) случаях. Этиология, послужившая образованию дефектов: ятрогенный дефект – 31 (32,3 %); злокачественные новообразования и поздние лучевые повреждения – 28 (29,1 %); доброкачественные новообразования – 16 (16,7 %); послеожоговые дефекты – 7 (7,3 %); травмы – 7 (7,3 %); врожденная патология – 2 (2,1 %). Приживление ауто-трансплантатов достигнуто в 83 (86,5 %) наблюдениях.

Таким образом, можно сделать вывод, что оптимальными реципиентными сосудами при микрохирургической аутотрансплантации тканей в область головы и шеи являются лицевая артерия и наружная

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Н.Г. Трухачёва, И.Г. Фролова, В.А. Новиков, С.А. Величко, В.И. Штин, А.В. Никитчук

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Опухоли органа зрения в общей структуре онкологической заболеваемости составляют всего около 1,5 %. В последние годы отмечается увеличение частоты новообразований в этой области.

Обследовано 6 пациентов с меланомой глазного яблока. Во всех случаях имелось морфологическое подтверждение диагноза. Ультразвуковое обследование пациентов осуществлялось на аппарате “Aloka 5500” с использованием линейного датчика с постоянной частотой 10 МГц и конвексного датчика с постоянной частотой 3,5 МГц в режиме серошкального сканирования и цветового доплеровского картирования (ЦДК). Сканирование проводилось через верхние и нижние веки закрытого глаза в стандартном горизонтальном положении пациента лёжа или в вертикальном положении сидя без специальных приспособлений. При исследовании оценивались состояние глазных яблок, их форма, расположение, ретробульбарное пространство, мышцы, зрительный нерв, стен-

ки орбиты и сосудистые структуры, наличие опухоли в глазном яблоке, в полости глазницы, васкуляризация новообразования и кровоснабжение окружающих тканей.

Во всех случаях по внутреннему контуру глазного яблока визуализировалось гипоехогенное образование, исходящее из хориоидеи. В 56 % случаев оно располагалось по латеральной стенке глазного яблока, в остальных случаях – по задней стенке. Размеры образования варьировали от 5,3 до 20 мм. Во всех случаях образование имело нечёткие, неровные контуры, умеренно неоднородную структуру. В 45 % случаев опухоль прорастала за пределы глазного яблока, инфильтрируя прилежащие мышцы. В режиме ЦДК образования были хорошо васкуляризированы, но питающий сосуд был чётко виден в 50 % случаев.

Таким образом, в результате проведённых исследований можно сказать, что эхография имеет большое значение в диагностике новообразований органа зрения и степени распространённости процесса для даль-